

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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026729

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095229

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 24 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190095229**

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000021997-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00013.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00013.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:41 horas do dia 02 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lourival Bernardo da Silva**, CPF nº 048.845.734-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Tec. Em Instalação Em Sistema de Segurança Eletrônico, filho(a) de Margarida Severina da Silva e José Bernardo da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 13/11/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santo Amaro, Nº 125, bairro Oiticicó, tendo como ponto de referência Próximo a Madeireira Cajá, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2853.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Djalma Vilar, Próximo Ao Hotel Luxor Oceano Atlântico., Cabedelo/PB, bairro Intermares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/04/18 17:59h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

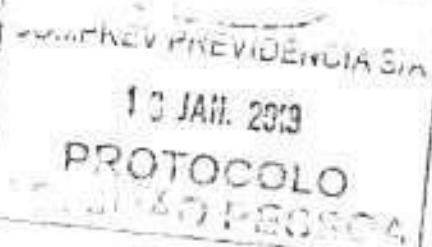
QUE, segundo a notificante no dia 19/04/2018 por volta das 17:59 horas quando transitava, pela Rua Djalma Vilar, Intermares; Cabedelo-PB; com o veículo tipo HONDA POP 110i ano e modelo: 2015/2016, de cor preta de placa: OEY2811/PB CHASSI: 9C2JB0100GR111584 pertencente ao Sr. ROSINALDO CARDOSO DE OLIVEIRA; Que segundo o mesmo perdeu o controle da moto quando estava trafegando na referida Rua, após passar por um buraco/desnível na pista que o guidão da moto virou vindo o notificante a cair, que o notificante foi socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS de acordo com CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE Nº 0333/2018 e conduzido para o HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA conforme prontuário de nº 50187738 onde foi constatado que o mesmo veio a se lesionar fraturando o segundo, terceiro e quarto dedos do pé direito e luxação completa no quinto dedo conforme documento de nº 24721658 alta assinado pelo médico do DR. COSMO ALVES DE AQUINO CRM 4252 - RN.

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

João Pessoa/PB, 02 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do cartão ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Kauival Bernardo Silva

CPF

048.845.734-39

Profissão:

Técnico

Endereço:

R. Santo Amaro

Nº

125

Barra:

Altizéu

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58088-550

E-mail:

Tel./DDDI:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Solicite ao banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0617**

CONTA: **00021997**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que, em meu direito, reconheço e dando, desde já e voluntariamente após a efetivação do crédito, liberação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 10.467/74 - art. 39, § 1º, declarando que esta ação judicial não significa que a concordância com a indicação médica ou renúncia ao direito de recorrer à justiça é de forma unilateral ou direta ou seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não
 Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data: **João Pessoa, 09/01/2019**
 Nome: **Kauival Bernardo Silva**
 CPF: **048.845.734-39**
Kauival Bernardo de Silva
 (*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: **Pedro Henrique**

CPF: _____

3º | Nome: **Paulo Henrique**

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito e do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



VISTO EM: 13/08/2018

Comandante do BAPH

13/08/2018
Na Sec. 3ª Seção - BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 07 de Agosto de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0333/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 19/04/2018, conforme requerimento nº 0335/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h59min o/a Sr.(a) LOURIVAL BERNARDO DA SILVA, CPF nº 048.845.734-39, vítima de acidente de (queda de moto), ocorrido na Rua Djalma Vilar, Intermares – Cabedelo/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-45, tendo como chefe o SARGENTO BM VANDERSON DA SILVA BARBOSA, Matrícula 525.965-7. Vítima consciente e orientada, com ferimento no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital da Hapvida.

Para constar, eu André Vieira de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

N/I Marcelo de Souza
Chefe da 3ª Seção

527630-6

13/08/2018
PROTOCOLO
DE OCORRÊNCIA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000021997-1

Nr. da Autenticação 06C94B7471569B67



PREVIDÊNCIA SOCIAL

www.EasyEngineering.net



000565

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
SANTO AMARO, 125
UITIZÉIRO
JOÃO PESSOA - PB
58088-550

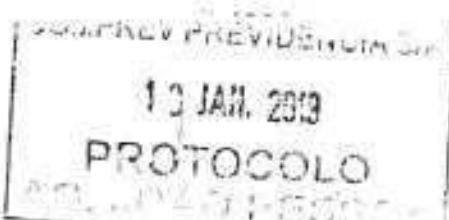


501319698741895000000917130260918

REMETENTES

009306

INSS
AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - BELA VISTA
RUA BARAO DO TRIUNFO, 307
VARADOURO
JOAO PESSOA - PB
58010.400



- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTO/EIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVICO POSTAL EM: / /

EM: www.law.com

RESPONSÁVEL

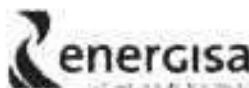
VISTO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscal/titula da energia elétrica N° 014.146.733



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 218, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa - PB - CEP 58071-400
CNPJ 08.281.182/0001-60 - Insc. Est. 16.013.823-6

DETALHAMENTO

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 340
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/200012-6

DATA EMISSÃO

DATA DE VENCIMENTO

CONSUMO

DATA VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2018

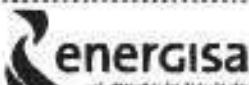
19/10/2018

722

26/10/2018

R\$ 701,74

Acesse: www.energisa.com.br



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Telefone: 07-301-499-3149

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/10/2018

VENCIMENTO

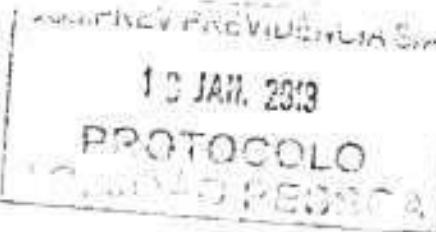
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

26/10/2018

R\$ 701,74

200012-6/19-722



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriano de Oliveira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 48 079.624 ,69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Floriano de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 048 845 744 39, do sinistro de DPVAT cobertura Lider, da Vítima Floriano de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 048 845 744 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua da República	Número	390	Complemento			
Bairro	Centro	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58010-180
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			(83) 98873-0316

Floriano de Oliveira _____
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo P. de Oliveira

RG nº 3439-053 Data de Expedição: 29/01/2016, Órgão: SSP-PB

Portador do CPF nº 083.476.104-20, com domicílio na cidade de João Pessoa,
no Estado de Paraíba

Onde resido na (Rua / Av./Est.) Alves Gomes da Costa

Nº 30, complemento: _____, declaro, sob as penas da Lei,

Ocorrido com a vítima abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente

Ocorrido com a vítima Kauan de Bernardo Silva

Cujo o condutor era Kauan de Bernardo Silva

Veículo: Moto

Modelo: Op. 300

Ano: 2016

Placa: QDV-2811

Chassi: 9GZT301000E111584

Data do acidente: 19 / 04 / 2018

Local e Data Rua Palma Flor, Intermares - Cabedelo - PB

1. OFÍCIO
DISTRITAL

Ronaldo P. de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

13 JAI. 2018

PROTOCOLO

AN. 3030 PESQ/04

ASSINATURA DO CONDUTOR (CASO SEJA UM TERCEIRO QUE NÃO A VÍTIMA RECLAMANTE DO SINISTRO)



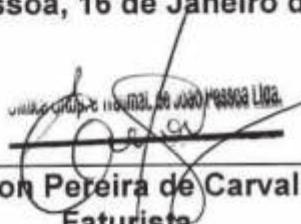


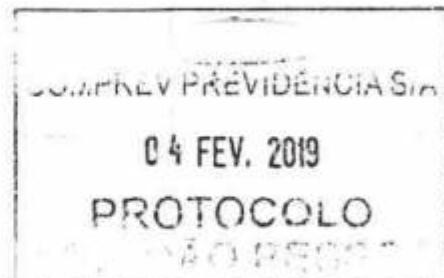
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa – Paraíba
CNPJ: 12.361.267/0088-44

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **LOURIVAL BERNARDO DA SILVA**, foi atendido neste Hospital no dia **25/04/2018**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº **50319562**.

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2019.


Everton Pereira de Carvalho
Faturista



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA		M	13/11/1983	34
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2819750 SSP PB	4884573439			2-SOLTEIRO	
Endereço R SANTO AMARO 125 NOVAIS JOAO PESSOA-PB CEP:58088550					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe MARGARIDA SEVERINA DA SILVA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
25/04/2018	11:26		
Médico Atendente 29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		Clinica 4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante 29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		Tipo Atendimento 0 INTERNACAO	

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio 1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	Plano CANADA SERVICOS DE MONITORAMENTO 24 HORS LTDA 2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira 02BV8000002003022	Validade

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	Acomodação LEIT-3 RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	Leito 01
---	---	-------------

N. Guia 33504873 33504873	Procedimento 99996666 52160092	Senha C68562650 C68562650	Descrição INTERNACAO FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CIRURGICO XEVIDENCIA SIN
---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

04 FEV. 2019

PROTÓCOLO

TRANSPORTE SEGURO DO PACIENTE

Data de Revisão:
08.06.2017

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

DATA NASC: 13/11/1983

MÉDIO RISCO: paciente em suporte ventilatório, porém se mantinha estável nas últimas 24h - MAQUIERO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.

ALTO RISCO: paciente em suporte ventilatório e instável e uso de droga vasoativa - MAQUEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA: 25/04/18		HORÁRIO: 16:10	RISCO: ()BAIXO ()MÉDICO ()ALTO	TRANSPORTADO POR: A MAQUÍNICA: <u>99999</u>	RECEBIDO POR: ()MÉDICO
SINAIS VITAIS (digitada): TEMP: <u>36,0</u> °C PULSO: <u>70</u> bpm FR: <u>20</u> bpm P.A: <u>130x90</u> mmHg		ORIGEM: ()EMERGÊNCIA ()CIRÚRGICO ()UTI ()POSTO ()IMAGEM ()	TIPO DE TRANSPORTE: ()cadeira de rodas ()maca com grades elevadas ()DEAMBULANDO	()TÉC. ENFERMAGEM: <u>70104</u>	ENFERMEIRO(A)
MONITORIZADO? ()SIM ()NÃO		BOMBA DE INSUFISÃO? ()SIM ()NÃO	USO DE DROSA VASOATIVAS? ()SIM ()NÃO	()ENFERMEIRO(A) <u>ACUARY</u>	TÉC. ENFERM. <u>ACUARY</u>
SUPORTE DE CIRURGIA? ()SIM ()NÃO		DISPOSITIVOS? ()CVP ()CVC ()DRENOS ()SNG/SRE ()TQT/TOT ()SVD ()GTT ()NÃO	ISOLAMENTO? ()CONTATO ()AEROSÓIS ()NOTÍCULAS ()NÃO	()MÉDICO	
NOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? ()SIM ()NÃO		CASO SIM, QUAL?			
SINAIS VITAIS (digitada): TEMP: <u>36,0</u> °C PULSO: <u>70</u> bpm FR: <u>20</u> bpm P.A: <u>130x90</u> mmHg					

SINAIS VITais (chegada): TEMP: °C PULSO: bpm FR: m rpm P.A.: mmHg		RISCO: <input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> ALTO	TRANSPORTADO POR: <input type="checkbox"/> MAQUEIRO:	RECEBIDO POR: <input type="checkbox"/> MÉDICO
DATA: / / HORÁRIO: / /				
SINAIS VITais (chegada): TEMP: °C PULSO: bpm FR: m rpm P.A.: mmHg				
ORIGEM: <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> POSTO <input type="checkbox"/> IMAGEM <input type="checkbox"/>				
DESTINO: <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> POSTO <input type="checkbox"/> IMAGEM <input type="checkbox"/>				
TIPO DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> CABEÇA DE RODAS <input type="checkbox"/> MACA COM GRADES ELEVADAS <input type="checkbox"/> DEAMBULADOR				
MONITORIZADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		SOMA DE INFUSÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(<input type="checkbox"/> ENFERMAGEM:	
SUPORTE DE OXIGÉNIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		USO DE PROVA VAGOTIVA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> TÉC. ENFERM.	
DISPÓUTIVOS? <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> SHG/SNE <input type="checkbox"/> JTGT/TOT <input type="checkbox"/> SVT <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO(A)	
PACIENTE DE PROTOCOLO? <input type="checkbox"/> SEPSI <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> TÉC. ENFERM.	
ISOLAMENTO? <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> AEROSÓIS <input type="checkbox"/> BOTICULAS <input type="checkbox"/> NÃO				
HOUVE INTERCORRÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CASO SIM, QUAL? _____	<input type="checkbox"/> MÉDICO	
SINAIS VITais (chegada): TEMP: °C PULSO: bpm FR: m rpm P.A.: mmHg				

ANAMNESE

NOME DO PACIENTE :LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

CÓDIGO DA CARTEIRA:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

HDA

PACIENTE COM DOR NO PÉ DIR.

HPP

PACIENTE COM DOR NO PÉ DIREITO APOS ACIDENTE DE TRANSITO HA 7 DIAS (SIC).

CID: S923

EXAME FÍSICO

LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DEFORMIDADE + DOR EM PE DIREITO.

TRATAMENTO

TRATAMENTO CIRÚRGICO CORREÇÃO DAS LESÕES DIR..

LOCAL / DATA : JOÃO PESSOA, 25 DE ABRIL DE 2018

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA DO USUÁRIO:



PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4422530

HOSPITAL
PARAIBA

Atendimento:	50319582	Prontuário:	15278998	JORNAL BERNARDO DA SILVA	HAPVIDA JOAO P
Cirurgia Prog.:	30725127	Fratura de Perna - TRATAMENTO CIRURGICO		Cirurgia Realizada:	Cirurgia no 5mº Término
Sala Cirúrgica:	SALA 03			Setor, Emitente:	FARMACIA CENTRO CIRURGICO - HGP
Equipe Médica:	CIRURGIAO				
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	Dr. Wilson			
	SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO	Dr. Felipe			
	TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO				
	ANESTESISTA 21				
	CIRCULANTE				
	INSTRUMENTADORA				

Código Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado	Código Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
0 Materiais Médico-Hospitalares					30664 SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SER110 ML()	3	3	3	01
51373 AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4 5-	2	2	2	02	30872 SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SER120 ML()	3	3	3	02
118455 AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UDI()	1	1	1	01	30961 SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UDI()	1	1	1	02
118455 AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UDI()	1	1	1	01	30970 SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UDI()	1	1	1	02
84948 AGULHA DESC DE RAQUE N 27 - 1 UDI()	1	1	1	01	31135 SONDA ENDOT DESC 7,0 C/BALAO - 1 UDI()	1	1	1	02
27855 AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UDI(AGULHA	3	3	3	01	31145 SONDA ENDOT DESC 7,5 C/BALAO - 1 UDI()	1	1	1	02
7671 AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UDI()	5	5	5	01	31151 SONDA ENDOT DESC 8,0 C/BALAO - 1 UDI()	1	1	1	02
3450 AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UDI	50	50	50	01	31321 SONDA FOLEY COM 2 VAS 14 - 1 UDI()	1	1	1	02
31739 ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML()	100	100	100	01	50861 TORNEIRA 03 VIAS - 1 UDI()	1	1	1	02
31341 ALCOOL 100AD0 FRAS 1000 ML()	100	100	100	01	147256 TRANSOF K - 1 UDI()	1	1	1	02
41055 ALGODÃO ORTOPÉDICO (ATAD 10CM) ROLO 1	4	4	4	01	0 Medicamentos				
27929 ARRELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 U	15	5	5	01	32727 ADRENALINA AMPL 1 ML(EPINEFRINA AMP)	2	2	2	02
27344 ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UDI()	4	4	4	01	34296 ÁGUA DESTILADA 10 ML ANPL 10 ML(AQUA BID)	4	4	4	02
15210 CAMPO IMPERMEÁVEL 1,30X1,60 - 1 UDI()	3	3	3	01	133985 ÁGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML()	1	1	1	02
30165 CATETER DE OXIGENIO - 1 UDI()	1	1	1	01	38144 ANTAK AMPL 2 ML(RANTIDINA 50MG AMP)	1	1	1	02
30171 CATETER INTRA VENOSO 14 (JELCO) - 1 UDI()	2	2	2	01	149780 ARAMIM AMPL 1 UDI(METARAMINOL AMP)	1	1	1	02
30198 CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UDI()	2	2	2	01	36161 ATROPINA 0,25 MG AMP 1 ML(A TROPINA AMP)	4	4	4	02
90201 CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UDI()	1	2	1	01	56064 BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML(BUTLESC)	1	1	1	02
32210 CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UDI()	1	2	1	01	139799 CLONIDINA 150MG AMP 1 UD(CLONIDINA 150M)	1	1	1	02
34226 CATETER INTRA VENOSO 24 (JELCO) - 1 UDI(CA	4	4	4	01	84486 CLORIDATO DE PROMETAZINA AMPL 2 ML(PROM)	1	1	1	02
43488 CIDE - SOLUÇÃO GLUTARAL 2% 26 D FR C/5	200	200	200	01	36811 DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML(DEXA	1	1	1	02
139865 CLORDEXEDINA 0,5% ÁGUOSA FRAS 1000 ML()	200	200	200	01	38079 DIAZEPAN 10 MG AMPL 2 ML(DIAZEPAM 10MG	1	1	1	02
139964 CLORDEXEDINA 0,5% ALCOÓLICA FRAS 1000 ML	200	200	200	01	124102 DIMORF 0,2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML(MORFINA	1	1	1	02
112712 CLORDEXEDINA DEGERMANTE 2% FRASCO 100	250	250	250	01	118477 DIMORF 0,1 MG AMP AMPL 1 ML(MORFINA 10M	1	1	1	02
50758 COLETOR DE URINA FECHADO - 1 UDI()	1	1	1	01	42887 DIMORF 0,1MG/ML(2ML) AMPL 2 ML(MORFINA 1M	1	1	1	02
158880 COMPRESA OPERATÓRIA 25X28 ESTERIL C/5	4	8	4	01	38008 DIPRIFLON 1 G AMPL 2 ML(DIPRIFLON AMP)	2	2	2	02
26190 COMPRESA OPERATÓRIA 50X45 ESTERIL - 1					18843 DIPRIFLON 20ML AMPL 20 ML(PROPÓFOL 20ML	1	1	1	
50210 FRENTE DE SUCCAO 4,8 - 1 UDI()					39385 DOLANTINA AMPL 2 ML(PETDINA AMP)	1	1	1	
2738 EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UDI					40037 DORMONID 15 MG AMPL 3 ML(MDAZOLAM 15M	1	1	1	
4236 EQUIPO PULFEN 2 VIAS - 1 UDI					40045 DORMONID 5 MG AMPL 5 ML(MDAZOLAM 5MG	1	1	1	
134046 EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UDI	100	100	100	01	126122 DRAM IN BD 10 ML AMPL 10 ML(DOMENIDRATO +	1	1	1	
50597 ESPARAFAGO TUBO 450 CM()	50	50	50	01	40142 EFORTEL AMPL 1 UDI(TELEFRINA AMP)	1	1	1	
51771 ETER FRAS 1000 ML()					126982 ESMERON FRAS 5 ML(ROCURONIO 10MG FRAS	1	1	1	
132004 EXTENSOR 120 CM (1ML) PINO - 1 UDI(EXTENSOR 4					40478 FENTANIL 10ML FRAP 10 ML(FENTANILA 10 ML	1	1	1	
110523 EXTENSOR 40CM C/7 VIAS - 1 UDI(EXTENSOR 4	1	1	1		139923 FENTANIL 2ML AMPL 2 ML(FENTANILA 2 ML)	1	1	1	
24894 FIO POLIVIT (SPAF15T) - POLYCVT BLUE 0,15	2	2	2		145419 FENTANIL 5ML AMPL 5 ML(FENTANILA 5 ML)	1	1	1	
31984 FIO J&J MONOFIL (1171T) - ETHILON BLACK3-	2	2	2		36722 FUROSEMDA 20 MG AMPL 2 ML(FUROSEMDA	2	2	2	
119026 FIO J&J VICRYL (1L351H) - VICRYL VLT 2-0 150	2	2	2		98585 GLICOSE 25% AMPL 10 ML(GLICOSE 25% AMP)	2	2	2	
115076 FIO J&J VICRYL (5816H) - VICRYL VLT 0 1500	2	2	2		36390 HIDROCORTISONA 100 MG FRAP 1 UD(HIDRO	1	1	1	
133505 GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UDI	6	6	6	01	36412 HIDROCORTISONA 500 MG FRAP 1 UD(HIDRO	1	1	1	
27227 GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM)	6	6	6	01	41327 HYPOCIN 10MG/10ML AMPL 10 ML(ETOM	1	1	1	
50857 GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD(TOUCA DES	2	11	6	01	146509 KAVIT 10MG/ML AMPL 1 ML()	1	1	1	
50964 LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UDI()	2	2	1	01	202013 KEPAZOL 1 GR FRAP 1 UD(CEFAZOLINA 1G FR	2	2	2	
50436 LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UDI()	2	2	1	01	154754 KETALAR 2ML AMPL 1 UD(CETAMINA 2 ML AMP	1	1	1	
36635 LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA()	2	2	2	01	18186 MARCAINA BOBAPICA AMP 4 ML(BUPNACAIN	1	1	1	
156733 LUVA DESC ESTERIL 7,0 MUCAMBO - 1 PAU	3	3	3	01	18194 MARCAINA PESADA 0,5% AMP 1 UD(BUPNAC	1	1	1	
159142 LUVA DESC ESTERIL 7,5 MUCAMBO - 1 PAU	3	3	3	01	45248 MARCAN 0,4MG/ML AMPL 1 ML(NALOXONA 0,4M	1	1	1	
156739 LUVA DESC ESTERIL 8,0 MUCAMBO - 1 PAU	3	3	3	01	131164 NALUBUPICIAD 0,5% FRAP 1 UD(LEVOBUPNA	1	1	1	
30651 LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PAU LUVA DESC	3	3	3	01	134165 NOVABUPICIAD 0,5% FRAP 1 UD(LEVOBUPNA	1	1	1	
30660 LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PAU LUVA DESC	3	3	3	01	46671 NUBAN 10MG AMPL 1 ML(NALBUFINA 10 MG A	1	1	1	
30678 LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PAU LUVA DESC	2	2	2	01	142070 OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD(OMEPRAZOL 40	1	1	1	
30685 LUVA DESC ESTERIL N-8,5 - 1 PAU LUVA DESC	6	6	6	01	149848 ONDANSETRONA 4MG AMP AMPL 2 ML(ONDAN	1	1	1	
20622 MASCARA DE DESCARTAVEL TR PLA CAMADA C/1	200	200	200	01	120106 ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML(ONDAN	1	1	1	
51004 MICROPORÉ 25X10 TUBO 1000 CM()	1	1	1	01	121737 ORASTINA 0,51 ML AMPL 1 ML(OXITOCINA 5U	5	5	5	
138925 PLACA DESCARTAVEL P/ BISTURI ADULTO 1 U	1	1	1	01	41564 PLANET 10MG AMPL 2 ML(BROMOPRIDA AMP)	1	1	1	
50349 PROPEPS DESCARTAVEL PCT 100 UDI()	3	2	1	01	49561 PLASIL AMPL 2 ML(METOCLOPRAMIDA AMP)	1	1	1	
30902 SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SER11 ML()	3	3	2	01	29609 PROFENID 100MG N FRAP 1 UDI(CETOPROFEN	1	1	1	
30848 SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SER13 ML()	3	3	2	01	43080 PRÓSTIGMINE AMP1 1 ML(NEOSTIGMINA AMP)	4	4	4	
30056 SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SER15 ML()	3	3	2	01					

Legenda:
 P.D. - Padrão de dispensação
 Env. - Envado
 P.C. - Padrão de consumo

Data: 26/04/2018

Pág. 1 de 2

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A

04 FEV. 2019

PROTOCOLO



HOSPITAL
PARAÍBA

4422530

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4422530

HAPVIDA JOAO P

Atendimento:	50319562	Prontuário:	15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Cirurgia Realizada:	
Cirurgia Prog.:	30725127			FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	Setor Emitente:	FARMACIA CENTRO CIRURGICO - HGP
Sala Cirúrgica:	SALA 03					
Equipe Médica:	CIRURGIAO					
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO					
	SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO					
	TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO					
	ANESTESISTA					
	CIRCULANTE					
	INSTRUMENTADORA					

Código	Especificação	P.D	Env.	P.C	Usado	Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
43150	QUELICIM 100MG FRAP 1 UD(SUXAMETONIO 100MG)	1									
78069	RAPIFEN AMPL 5 ML(ALFENTANILA AMP)	1									
43292	RINGER C/LACTATO 500ML TUBO 500 ML/RING	2	3	2	□						
43788	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	8		8							
43796	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250 ML TUBO 250 ML	1									
43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2	1	2	1						
43828	SORO GLICOPSIDOLÓGICO 11 500ML TUBO 500ML										
48960	SORO GLICOSADO 5% 250ML TUBO 250 ML/GL										
48844	SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML/GL	1									
83941	SUFENTAN 2ML AMPL 1 UD(SUFENTANILA 2ML)	1		1							
83925	SUFENTAN 5 ML AMPL 1 UD(SUFENTANILA 5ML)	1									
41115	TLATIL 20MG FRAP 1 UD(TENOXICAM 20MG FR)			2							
39986	TRAMAL 100MG AMPL 2 ML(TRAMADOL 100MG)	1	1	1							
118370	ULTIMA 2MG FRAP 1 UD(REMIFENTANIL 2MG A)	1									
45333	XYLOCAINA CIAD 2% FRAP 20 ML(LIDOCAINA C)	1									
104833	XYLOCAINA SIAD 2% 5ML AMPL 5 ML(LIDOCAINA C)	1									
45290	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL AMPL 20 ML(LIDOCAINA C)	1	1	1							

fio

MONONYLON 2.0
11 3.0

fio de Kirshner nº 1,5
03 unidades.

0	Gases / Aparelhos		
26	APARELHO DA VIDEO	Inicio	OL
21	AR COMPRIMIDO	Inicio	
24	ARTROSCOPIA	Inicio	
1	ASPIRADOR ULTRASONICO	Inicio	
8	ASPIRADOR	Inicio	
23	BALAO AORTICO	Inicio	
3	BISTURI ELECTRICO BIPOAR	Inicio	
15	BISTURI ELECTRICO	Inicio	
11	BOMBA DE INFUSAO	Inicio	
7	CAT INOGRAFO	Inicio	
13	COLCHAO TERMICO	Inicio	
10	DESEBRADOR / CARDIOVISOR	Inicio	
14	DIOXIDO DE CARBONO	Inicio	
17	INTENSIFICADOR DE MAGEM	Inicio	
5	MARCA PASSO EXTERNO	Inicio	
12	MICROSCOPIO CIRURGICO	Inicio	
6	MONITOR DE DEBITO CARDIACO	Inicio	
2	MONITOR PRESSAO INTRACRANIANA	Inicio	
16	MONITORIZACAO	Inicio	
20	OXIGENIO	Inicio	
22	OXIMETRO DE PULSO	Inicio	
18	PROTÓCIDO DE AZETO	Inicio	
9	SERRA ELECTRICA	Inicio	
25	STIMULEX	Inicio	
13	TAXA DE SALA	Inicio	
4	TREPANO	Inicio	

SUS/PRÉV PREVIDÊNCIA S.A.

04 FEV. 2019

PROTÓCOLO

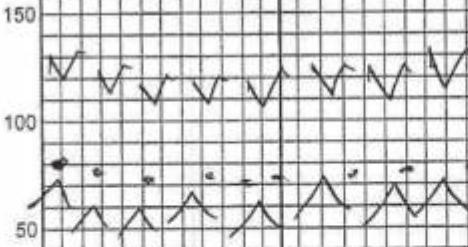
Legenda:
P.D. - Pedido de dispensação
Env. - Enviado
P.C. - Pedido de consumo

NOME: <i>Hourivis Borges da Silva</i>	ALERGIA:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
PROCEDIMENTO: <i>Ressecção de Fistula da Ossificação</i>	CIRURGIAO:

AGENTES INALATÓRIOS	(30)	h	(30)	h	(30)	h	(30)	h
Oxigênio	Limite							
Ar Comprimido	Limite							
Volátil:	%							

AGENTES VENOSOS: (UNID.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Moradina	<i>5mg</i>													
2. Cetaprim	<i>50mg</i>													
3. Metoclopramida	<i>10mg</i>													
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														

VENTILAÇÃO	200
<input type="checkbox"/> Espontânea	150
<input type="checkbox"/> Cateter nasal	100
<input type="checkbox"/> Máscara facial	50
<input type="checkbox"/> Máscara laringea	
<input type="checkbox"/> Mecânica	
<input type="checkbox"/> IOT <u>Fr</u>	
<input type="checkbox"/> Filtro respiratório	
<input type="checkbox"/> Sistema circular	
<input type="checkbox"/> Não reinalante	
MONITORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Cardioscopia	
<input type="checkbox"/> SPANI	
<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso	
<input type="checkbox"/> ETCO2	
<input type="checkbox"/>	
POSICIONAMENTO:	
Fluidos:	SPO2 (%)
SF: SORO FISIOLOG	98%
RL: RINGER LACTATO	98%
SG: SORO	98%
GLICOSADO	
CH: CONC. HEMACIAS	
PL: PLASMA FRESCO	
CR: CRIOPRECIPITADO	
PT: PLAQUETAS	



TÉCNICA ANESTÉSICA: () Geral () Bloqueio <i>RAVI</i> () Sedação/Local ()	DESTINO: () CRPA () UTI () Quarto		
04 FEV. 2019			
OBSERVAÇÕES:	Agulha/ Cateter: <i>L70</i> Anestésico bloquêto: <i>Propacetamol</i> Opióide neuroelético: <i>12.5mg Fentanyl</i> <i>5mg Sufentanil</i>	DATA: <i>04/02/2019</i> INÍCIO: <i>17:00</i> FIM: <i>17:45</i>	ANESTESISTA CRM: <i>Dr. Vale Araújo de Arruda</i> Anestesista - CRM/PB 7699 CPF: 057.323.034-05

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

25/04/2018 18:02

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 13/11/1983

Atendimento: 50319562

Prontuário: 15278998

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE

Leito: LEIT-3/1

Profissional(is): FILIPE ALMEIDA BOTTER MÉDICO CRM-10583 [1] N°: 22220564 25/04/2018 às 17:59

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S923	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S923	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	25/04/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	17:00	[1]
Cirurgia	tratamento de fratura de metatarso	[1]
Cirurgião	DR FILIPE BOTTER	[1]
1º Auxiliar	DRA ANDREA NASRALA	[1]
Anestesista	DR ITALO ARRUDA	[1]
Suturas	1- ANTISSEPSSIA E ASSEPPSSIA 2- COLOCADO CAMPOS CIRURGICO MID 3- ACESSO PERCUTANEO 4- REDUÇÃO DAS FRATURA DOS METATAROS 5- FIXADO COM 1 FIO DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR NO 2, 3 E 4 MTT. 6- LAVADO FERIDA 7- SUTURA POR PLANOS, CURATIVO 8- DESBRIDAMENTO DE FERIMENTO NA FACE LATERAL TORNOZELO 9- LAVADO FERIDA, RESSUTURA. 10 -CURATIVO, TALA BOTA GESSADA	[1]

Centro Cirúrgico
Cirurgião: DR. FILIPE BOTTER
CRM: 10583 - RCI - 13245

04 FEV. 2019
PROTÓCOLO

HOSPITAL
PARIBA

A. L. M. and B. M. M.

Atendimento:	50319562	Prontuário:	15278998	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	HAFVIDA JOAO P
Cirurgia(s) :	52190092	FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CIRURGICO		Tipo Anestesia:	GERAL
Sala Cirúrgica:	SALA 03	Setor Emitente:	FARMACIA CENTRO CIRURGICO -	Apto.:	LEIT-3
Equipe Médica:	CIRURGIAO	3230884	FILIPE ALMEIDA BOTTER	CRM	10583
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3230872	ANDREA HATTORI NASRALA	CRM	10582
	ANESTESISTA	2807700	ITALO ARAUJO DE ARRUDA	CRM	7699
	CIRCULANTE	3381978	HUMBERTO CAVALCANTI OLIVEIRA	COREN	149392

Data: 25/04/2018

Cirurgião: FILIPE ALMEIDA BOTTER

Anestesista: ITALO ARAUJO DE ARRUDA

Pág. 1 de 1

04 FEV. 2019
PROTÓCOLO

PACIENTE

Nome do Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
 Código Paciente: 028V8000002003
 Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa ?CANADA SERVICOS DE MONITORAMENTO 24 HC
 Filial Prestador JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional ? Sim () Nao (X)
 Prestador Solicitante ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HOS GER PAR Telefone: 8332558900
 Medico Solicitante: FILIPE ALMEIDA BOTTER Telefone: 83-3255891

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Código ANB/CBHPM: 52160092 Senha: C68562650 Tipo Liberacao: Procedimento: NORMAL
 Cirurgia ou procedimento: FRATURAS DOS OSSOS DO PE - TRATAMENTO CRURGICO

Urgencia (X) Eletivo ()

Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018	25/04/2018
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNHAP	
CREJANE	DIONE	JMARCEL2	ALINEAV	
Dt Informacao Paciente			Odt Dias	Situacao
25/04/2018			1	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO USUARIO COM COBERTURA OIMES

Código	Descrição	Tipo	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornec	VL GNHAP	Tx Comutorizaçao	Lib
99800302	FIO DE KIRSCHNER	ME	PRESTADOR	3	13,00	13,00	8,50	35,00	SM NR
99800406	PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM	S	PRESTADOR		15,34	15,34			NAO
99800407	PARAFUSO CORTICAL 4,5	S	PRESTADOR		18,06	18,06			NAO
99800411	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM	S	PRESTADOR		27,71	27,71			NAO
99800412	PARAFUSO MALEOLAR	S	PRESTADOR		21,89	21,89			NAO
99832729	PLACA PARA CALCANFO	S	PRESTADOR		320,61	320,61			NAO
99832782	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5	S	PRESTADOR		27,71	27,71			NAO
99832783	PARAFUSO CANULADO	S	PRESTADOR		90,29	90,29			NAO
99832784	PARAFUSO CANULADO 4,5 MM	S	PRESTADOR		102,92	102,92			NAO
99832785	PARAFUSO CANULADO 3,5 MM	S	PRESTADOR		116,02	116,02			NAO
99832786	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESS	S	PRESTADOR		120,00	120,00			NAO
99832913	MINI FKADOR EXTERNO	S	PRESTADOR		366,62	366,62			NAO

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

31879
 COOPERFREV PREVIDENCIA S.A.
 04 FEV. 2019
 PROTOCOLO



COMPRA PÉREGRINA S/A

04 FEB. 2019

PROTOCOL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) cirúrgicos/invasivos a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame(s)/procedimento(s).

Eu, João V. B. de Souza, inscrito no CPF sob o nº 043.245.776-39, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo(a) médico(a) quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento(s): para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmei que li, recebi explicações, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: João V. Bernardo de Souza

RG: 2819750

Data de nasc.: 13/11/1983 Grau de parentesco:

João Pessoa, 25 de ABRIL de 2018

João V. B. de Souza
Assinatura do paciente/representante legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, Luciano TOSÉ LIMA MONTES, CRM nº 4290, médico(a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de Emergência.

João Pessoa, 25 de 04 de 2018

Assinatura / Carimbo do médico Ortopedista
Dr. Luciano TOSÉ LIMA MONTES CRM 4290

04 FEV. 2019
PROTÓCOLO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

25/04/2018 17:53

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 13/11/1983 Atendimento: 50319562 Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LEIT-3/1

Profissional(is): ANDREA HARRIOR NASRALA MEDICO CRM 10582 N°: 22220273 25/04/2018 às 17:52

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE OPERADO

[1]

ID 34

HD FRATURA DO COLO DO 2º AO 4º MTT PÉ DIREITO

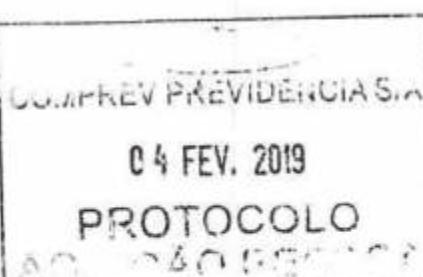
CIRURGIA: REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FK 1,5 MM

EQUIPE: DR. FILIPE BOTTER
DRA. ANDREA NASRALA

PROGRAMAÇÃO:

- ALTA 1º PO
- CEFALEXINA 10 DIAS NA ALTA
- RETORNO EM 1 SEMANA PARA CURATIVO

Dr. Andreia Harrior Nasrala
Operação realizada
25/04/2018 17:52 RGP 13345



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

26/04/2018 01:29

01527...

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 16814482	26/04/2018 às 00:58	
Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-105/3		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: MARIA SONIA MARINHO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 141972-11			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

GOR

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: [1] ok
LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Mantido: [1] ok
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] ok
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Mantido: [1] ok
PROMOVER AQUECIMENTO DAS EXTREMIDADES	Mantido: [1] ok

*Maria Sônia Marinho
COREN 141972-11
Início: 26/04/2018 01:29*

JOAPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

26/04/2018 00:58

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 13/11/1983 Atendimento: 50319562 Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A - ALA A Leito: 1A-105/3
Profissional(is): ~~WILSON PEREIRA DE ALMEIDA ENFERMEIRO COREN 455957~~ Nº: 22233114 26/04/2018 às 00:57

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM POI DE FRATURA DE METATRSIO D, CONSCIENTE, ORIENTADO, DIETA VO ACEITA, SONO E REPOUSO PRESERVADO, MEDICADO CPM, ELIMINAÇÕES PRESENTE E NORMAL, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE ALTA PARA 7HS DA MANHA, CIENTE DAS RECOMENDAÇÕES.

[1]

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

[1]

*LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
ENFERMEIRO
COREN 455957*

UNIPREV PREVIDÊNCIA S.A.

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

25/04/2018 18:44

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

 Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA
 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

 Dt. Nasc.: 13/11/1983
 Atendimento: 50319562
 Prontuário: 15278998
 Psto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE
 Leito: LEIT-3/1

Profissional(is): FABIANA DE SOUZA ALVES TECNICO DE ENFERMAGEM COREN 12493881 N°: 22218929 25/04/2018 às 17:20

DADOS DO PACIENTE

 Data De Nascimento: 13/11/1983
 Sexo: masculino. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES-TARDE

Hora: 15:00hrs [1]

Hora:

Descrição: recebe paciente 34 anos para procedimento cirúrgico de FRATURA DE OSSO DO PÉ, consciente, orientado, eupneico, afebril, aguardando ser encaminhada ao bloco, sem queixas aos cuidados da enfermagem. [1]

Hora:

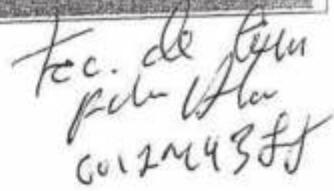
Descrição: paciente encaminhado ao bloco para procedimento cirúrgico, sem queixas, aos cuidados da enfermagem. [1]

Hora:

Descrição: 18:00HRS [1]

Hora:

Descrição: paciente retorna do bloco após procedimento de cirúrgico, em repouso, pós operatório, medicado CPM, SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

14/01/2019 09:24

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-105/3	
Profissional(is): MARIA SONIA MARINHO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 141972 [1]	Nº: 22233274	26/04/2018	às 01:10

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	13/11/1983	[1]
Sexo	Masculino.	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora	22:00	[1]
Hora		
Descrição	recebi o plantao com paciente em p o i de fraturas de tibia,segue medicado de acordo com prescrição médica.sem queixas aos cuidados da enfermagem	[1]
Hora	00:00	[1]
Hora		
Descrição	paciente de repouso no leito sem intercorrências aos cuidados da enfermagem	[1]
Hora	04:00	[1]
Hora		
Descrição	paciente segue medicada de acordo com prescrição médica aos cuidados da enfermagem	[1]
Hora	06:00	[1]
Hora		
Descrição	paciente afebril,consciente,orientado segue sem queixas medicados de acordo com prescrição médica aos cuidados da enfermagem.em venoclise periférico,eupnéica com eliminações sonoros e apetite presente	[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

REV. PREVIDÊNCIA SIN
04 FEV. 2019
PROTÓCOLO

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

14/01/2019 09:43

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LEIT-3/1	
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO CRM 10582 [1]		Nº: 22220075	25/04/2018 às 17:47

IDENTIFICAÇÃO

Nome	LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	34 A 5 M	[1]
Data De Nascimento	13/11/1983	[1]
Nº Atendimento	50319562	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO	[1]
----------------	---------------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	Osteossíntese do pé	[1]
-----------	---------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----

COMPHEV PREVIDÊNCIAS, S.A.
04 FEV. 2019

PROTOCOLO

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

14/01/2019 09:27

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LEIT-3/1	
Profissional(is): MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA LOPES COREN 675097 [1] RAFAEL FERNANDES DA SILVA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1224997 [2]		Nº: 22211803	25/04/2018 às 14:57

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência	não	[1]
Alergia- Descrição	não	[1]

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	rafael, cris	[1]
Hora	16:00	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	Integra	[1]
Início Da Anestesia	16:30	[2]
Início Da Cirurgia	16:50	[2]
Circulante	rafael, cris	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado		[1]
Numero Inicial De Compressas	40 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	40 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Álcool	s	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	Integra	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

SINAIS VITAIS

T	36 °C	[1]
P脉	77 bpm	[1]
PA	126x68	[1]
FC	77 bpm	[1]
FR	20 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Peso	75 kg	PROTÓCOLO	[2]
Sat O2	100 %		[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	25/04/2018	[1]
	17:00	

04 FEV. 2010

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

14/01/2019 09:44

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 13/11/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LEIT-3/1	
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASBALA, MÉDICO CRM 10582 [REDACTED]		Nº: 22220480	25/04/2018 às 17:56
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO		[1]

SOMA/PREV PREVIDÊNCIA S/A
04 FEV. 2019
PROTÓCOLO



HOSPITAL
GERAL
DA PARAÍBA

Nome: João Vitor B
Prontuário: 152023998

Setor: Indústria
Data: 10/05/2005

DATA: 05-04-01
DATA DE NASCIMENTO: 03-02-1983

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Ma Sónia Martins
contato: 9411227
inscrição: 568

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

C= CONSCIENTE A= AGITADO OU CONFUSO

MS-D: RESUME

PONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS

S= SEM RESPOSTA



HOSPITAL
DA PARAÍBA

CONTROLE HEMODINÂMICO DO PACIENTE ADULTO

Name: Antônio de Nóbrega Setor: Intensivo Data: 26-02-2013
Prontuário: 3742553 Leito: 105-2 Data de Nascimento: -02-06-1963

HORÁRIO	PA	GLICEMIA (0 a 10)	DOR (0 a 10)	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	PA SISTOLICA	FREQUÊNCIA CARDIÁCA	PONTUAÇÃO	TEMPERATURA	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (C, A, V, D, S)	SOMATRÍO MÉS	SINALIZAÇÃO DO CÓDIGO	ASSINATURA CARIMBO										
01:00																							
02:00																							
03:00																							
04:00																							
05:00																							
06:00	100/80	0	0	22	0	110	0	90	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07:00																							
08:00																							
09:00																							
10:00																							
11:00																							
12:00																							
13:00																							
14:00																							
15:00																							
16:00																							
17:00																							
18:00																							
19:00																							
20:00																							
21:00																							
22:00																							
23:00																							
00:00																							

04 FEVEREIRO 2013
04 FEVEREIRO 2013

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

C= CONSCIENTE

A= AGITADO OU CONFUSO

V= RESPONDE A ESTÍMULOS VERBAIS

D= RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS

S= SEM RESPOSTA

PREScrição MÉDICA - Aprazamento

HOSPITAL
DR. HENRIQUE
CONCEIÇÃO

Página 1 de 3

Emissão 25/04/2018 21:11:45

Paciente: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA	Nº Nasc.: 13/1/1983	Atendimento: 50319562	Prontuário: 15278998
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 0016811158	25/04/2018 às 17:54	
Posto:RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	Leito: LEIT-3/1	Peso: 70,00 kg	
PREScriÇÃO MÉDICA			
HORÁRIOS			
1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL		
2.Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7,00 gts/minAcesso Periférico
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20,83 ml/Kcal/dia	500ml	
3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (D1/1)	1g	1FRAP (C11GR) 10 ml	8/8h EV
4.PROFENID IV (100,00mg)	100 mg	1FRAP (C100MG) 100 ml	12/12h EV
Soro Fisiologico 0,9%			
5.PLAMET (5,00mg/ml)	10 mg	2ML (AMPL C10MG) 18 ml	8/8h EV
Agua Destilada			
6.OMEPRASEC (40,00mg)	40 mg	1FRAP (C40MG) 18 ml	24/24h EV
Agua Destilada			
7. TRAMAL (50,00mg/ml)	100 mg	2ML (AMPL C100MG) 100 ml	8/8h EV
Soro Fisiologico 0,9%			
8.DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C1500MG) 18 ml	6/6h EV
Agua Destilada			
9.CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA			
10.SINAIS VITAIS			
14-Alta em: 26/04/2018 Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRATA			

Legenda horário : Indica item não administrado.

MEDEIRAS
DR. HENRIQUE
CONCEIÇÃO

RP1531

10.1.32.202

25/04/2018 21:11

0016811158

0016811158

0016811158



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
-VA- CÓD. RENAVAM: 20180000133885
1 0107649336-7 00/00000000 2018

NOME: ROSINALDO CARDOSO DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ: 08345610420 PLACA: OEV2811/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB N.º CHASSI: 9C2JB0100GR111584

ESPECIE / TIPO: MOTO / MOTOCICLETA / MOT. BPI / F. MARCA / MODELO: HONDA / POP 110I

CAP / POT / CIL: 2 P/109 / CI CATEGORIA: PARTIC

ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015 COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1^º

FAIXA IPVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2^º 3^º

A PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 05/04/2018

OBSEVAÇÕES: A.F. ADM DE CONC. NACION. HONDA LTDA.

LOCAL: JOAO PESSOA - PB DATA: 05/04/2018

16730 556



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

PB N.º 013930066458 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

- EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO -
2018 05/04/2018

CPF / CNPJ: 01076493367 PLACA: OEV2811/PB

RENAVAM: 9C2JB0100GR111584 MARCA / MODELO: HONDA / POP 110I

ANO FAB: 2015 CILINDRADA: 9 N.º CHASSI: 9C2JB0100GR111584

PRÉMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
IOF (R\$) *****	SEGURADO PAGO	TOTAL PREMIO PAGADO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO: 05/04/2018
DATA DE QUITAÇÃO: 05/04/2018	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 05.248.908/0001-04

556-1301553-20180405

13 JAI, 2013
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095229 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Kleurival Bernardo Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: sócio

Identidade: 2819750 SSP-PB

CPF: 048 845 734-39

Profissão: Técnico

Endereço: R. Sônia Amore, nº 125, Oliveira

CEP:

Telefone: (83) 98793-2853

OUTORGADO:

Nome: Flávia da Silva Amore

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: sócio

Identidade: 2671190

CPF: 048 079 624-69

Profissão: outorgado

Endereço: R. da República, nº 390

CEP: 58010-180

Telefone: (83) 98873

13 JAH, 2019

PROTÓCOLO

AC. 100 PESS

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Kleurival Bernardo Silva

João Pessoa, 09/01/2019

Local e data

X Kleurival Bernardo da Silva

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

REVISÃO AUTÔMATA "VIEIRA BATISTA" 2 - CIEE/CEB/INSTITUTO
Raf. Viegas Vieira Batista - Teresópolis - RJ - 26000-000 - Brazil
E-mail: revisaoautomata@viegasvieirabatista.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) da(s).....

KLEURIVAL BERNARDO DA SILVA.....

.....

Em test. da verdade, João Pessoa - PB - 09/01/2019 10:07:58

TIOMER VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA

C2019-001172 ENDERECO: R\$ 29,91 FAFEM: R\$ 0,29 FEP: R\$ 1,52 ISS: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AIA06404-TB00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041027/19

Vítima: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

CPF: 048.845.734-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2018

Titular do CPF: LOURIVAL BERNARDO DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

LOURIVAL BERNARDO DA SILVA : 048.845.734-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA