



Número: **0801229-34.2018.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **26/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA FERREIRA (AUTOR)		ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35411 013	13/10/2020 19:42	2757408_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11070060

A/C: JOAO BATISTA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170290463 ASL-0198288/17
Vitima: JOAO BATISTA FERREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00097/00098 - carta_01



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2017

Carta nº: 11091228

A/C: JOAO BATISTA FERREIRA

Sinistro: 3170290463 ASL-0198288/17
Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01299/01300 - carta_02



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2017

Carta nº: 11185924

A/C: JOAO BATISTA FERREIRA

Sinistro: 3170290463 ASL-0198288/17
Vitima: JOAO BATISTA FERREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOAO BATISTA FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010011501-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01273/01274 - carta_15R



00020637





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOÃO BATISTA FERREIRO

PORTADOR(A) DO RG Nº 753.797 EXPEDIDO POR SIENSP-PIB EM 30/04/14 E

CPF 262514691-53 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0634-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15-503-0

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

PIANCÓ-PIB, 30 de NOVEMBRO de 16

LOCAL E DATA

João Batista Ferreira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

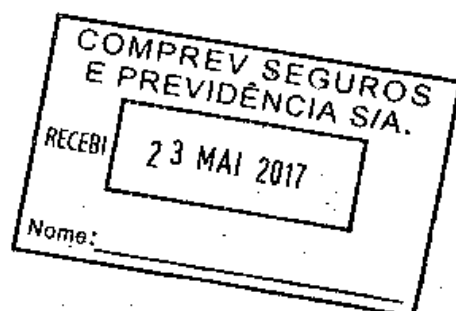
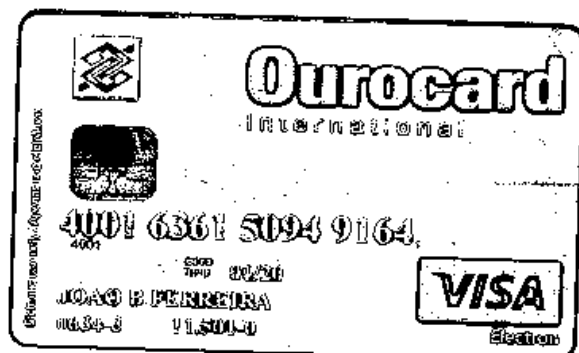
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:42:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319425353400000033831384>

Número do documento: 20101319425353400000033831384





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ



Boletim de ocorrência



Atendimento
Data: 10/11/2016
Hora: 10h:50min

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1.207/2016

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Data e local do fato: **17/07/2016, Rodovia BR-426 sentido Santana dos**

Garrotes/Piancó hora: aproximadamente às 16:00hs

Sob a responsabilidade do Del. Pol. JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.

Notificante: **JOÃO BATISTA FERREIRA**, alcunha "xxxx", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Piancó-PB, nascido em 04/09/1961, com 55 anos de idade, documento: RG Nº 753.797 2º VIA SSP-PB e CPF 262.514.691-53, filho(a) de Floro Ferreira de Souza e de Olindina Maria da Conceição, endereço: Rua Hostílio Ferreira s/n Bairro Centro, Piancó-PB, referência: xxxx

Vítima: **O NOTIFICANTE ACIMA QUALIFICADO**, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: **, nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****, Profissão: , Escolaridade: *****, documento: , filiação: e de , endereço: *****, referência:

HISTÓRICO DO FATO

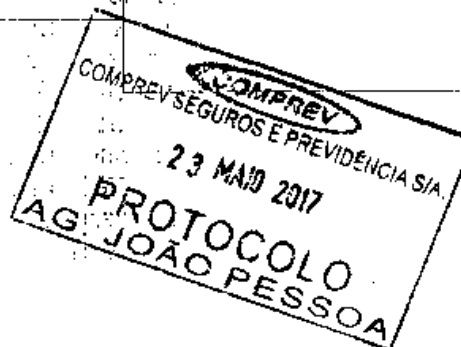
O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE o notificante vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG 160 FAN ESD1/ COR PRETA/ ANO MOD 2015.2016/ PLACA QFM6489-PB/ CHASSI Nº 9C2KC2200GR013650, Licenciada em nome do próprio notificante, que vinha conduzindo sozinho pela BR 426 no sentido Santana dos Garrotes à Piancó, QUE em dado momento veio a perder o controle do seu automotor devido um animal que atravessou na pista, QUE com o impacto veio a cair na sua mão de direção tendo fraturado a perna esquerda e outras escoariações; QUE foi socorrido pelo SAMU-192 de Piancó (CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO EM ANEXO) tendo sido encaminhado para o Hospital Regional Janduby Carneiro em Patos. Por esta razão o senhor JOÃO BATISTA FERREIRA, comparece a esta delegacia de Polícia para prestar o referido B.O., noticiar o fato e requerer a presente certidão para tomar as providências cabíveis. Nada mais a consignar.

João Batista Ferreira

Notificante / Testemunha Arrogada

Ubiratan Florentino Alves

UBIRATAN FLORENTINO ALVES
Agente de Polícia Civil
Matrícula: 168.368-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOÃO BATISTA FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 253.797 e inscrito no CPF/MF sob o nº 262.514.641-53, residente e domiciliado na Rua Hostílio Ferreira, Cidade Piancó, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

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

João Batista Ferreira

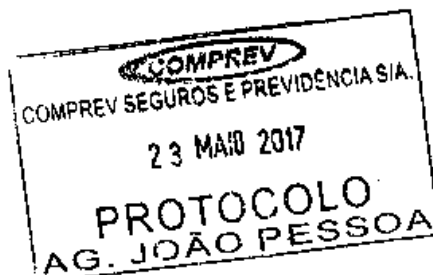
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Declaração de Inexistência de IML



Piancó-PB, 11/11/16

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO **USB 02**

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA: **Tramonto Cate**

DATA: **14/02/2017** OCORRÊNCIA: **214** PACIENTE / USUÁRIO: **João Batista Correia** IDADE: **55** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: **BR 426** BAIRRO: MEDICO REGULADOR:

APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAM ☐ SITRANS ☐ OUTRO:

QTA: ☐ SOLICITADO POR TERCEIROS ☐ RECURSU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/DETRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ COMULSÕES	☐ INTERNAÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: **HR Pto** RESPONSÁVEL: **22/02/2017** FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

1º em MIE e M.S.S.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: **120** X **80** / **74** FC: FR: TEMP: °C GLICÊMIA: **95** SpO2: **95**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Depressão Prejudicada	☐ Débito Cardíaco Diminuído
☐ Desorientação Inelocaz das VVAA	☐ Disreflexia Autônoma	☐ Dor Aguda	☐ Hipotermia	☐ Hipotensão	☐ Integridade da Pele Prejudicada
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Inoperância e Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Padrão Respiratório Inelocaz	☐ Perfusão Tissular Cerebral Inelocaz
☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Inelocaz	☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Inelocaz	☐ Perfusão Tissular Renal Inelocaz	☐ Termorregulação Inelocaz	☐ Troca de Gases Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
☐ Volume de Líquidos Deficientes	☐ Volume Excessivo de Líquidos	☐ Náuseas	☐ Retenção Urinária	☐ Percepção Sensorial Perturbada	☐ Interação Social Prejudicada
☐ Incontinência Intestinal	☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Constipação	☐ Outros:		

INTERVENÇÕES:

Aferição de SSV; mobilização; administração de medicamentos

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente: B.F., 55 anos, sexo M, vítima de acidente de moto, com lesão aberta, supracardíaca, apresentando escoriações em M.S.S.; postura exposta em MTE (Talis e Fibulab). Foi realizada imobilização com arbo cervical e prancha rígida, sempre com elementos e curativos. Foi administrado SSV, Dipirona 1000mg.

Comprovação de ato declaratório



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO. ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

TRAUMA dislocation

Dr. José William F. Figueroa
GRM: 9788-PS
México

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☒ DESFIBRILAÇÃO CARDÍACA ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASSITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SfL: / Mone w/ C/P - Tureccorandaplev

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABECA)

NOME: _____ R.G.: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): GARYNE COREN: 041944-pro MAT.

TÉCNICO DE ENFERMIA: Rozalva COREN: 100000 MAT: 100000

computer: phone page





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 234 Data: 17/10/2020 Hora: _____
Nome da Vítima: Spas Batista Ferreira Idade: 55
Evento: () Traumática () Clínico () Pediátrico () Gineco-Obstétrico
() Psiquiátrico () Cirúrgico Outros: _____

Procedência: _____
Solicitante: _____
Destino: _____
Contato: _____

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Fratura exposta de
osso fibro-fibular em M' esq
e estabilidade hemodinâmica

Procedimentos realizados no hospital:

SRL 2000ml (E)
Dipirona 2g (E)

Vantagens da transferência e avaliação de risco do transferido:

Ausência de ortopedista / cirurgia
ortopedista

Dr. Jomar Dore J. B. Jr.
CRM PB 5736

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE DE TRANSFERÊNCIA
DE PACIENTES, PORTARIA Nº. 2.048/02 E RESOLUÇÃO C.E.M. 1.672/03

1) RESPONSABILIDADES:

- a- A responsabilidade de assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante.
- b- o médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou médico assistente deve realizar as solicitações à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor.
- c- Não remover o paciente em risco de vida, sem prévia e condicional avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para transporte.
- d- Esgotar seus recursos antes de acionar a Central de Regulação ou outros serviços do sistema local regional.
- e- A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir o transporte com rapidez e segurança.
- f- Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente.
- g- Elaborar documento de transparência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante.
- h- Considerações Finais
- SAMU 192 é regional, portanto o transporte intermunicipal será realizado preferencialmente para o município da região.
- A regulação do SAMU 192 - Regional de Piancó, ficará na obrigação de enviar o médico intervencionista para avaliação de cada caso, e este irá decidir que tipo de ambulância enviar para o transporte.

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
RUA PEDRO ÂNGELO, S/N - CENTRO - CEP: 58.765-000 - PIANCÓ-PB.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/06/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010011501-2

Nr. da Autenticação 2137FA7A15A3C03B



JOAO BATISTA FERRERA
RUA HOSTILIO FERRERA, S/N - CENTRO
PARNACI / PB CEP: 5875000 (AG 144)

Categoria: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIMENTO MONOFÁSICO
Potência: 18 - 144 - 130 - 7380
Número: 00009455714

Referência: Out / 2016
Emissão: 27/10/2016

Energisa

ENERGISA PARANÁ - OS IRRADIADORES DE ENERGIA DE
B-220, km25 - Estrada Reneron - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 06.056.180/0001-40 - Ins. Est. 10.015.423-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001.176.237
Código para leitura automática: 00009455714

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/684831-1**

Canal de contato

Out / 2016

Apresentação

27/10/2016

Data prevista da
próxima leitura

28/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

28251409153

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 27/10/2016 PAGAS
CORRESPONDENTE

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 1 07 29

28/09/16 5075 27/10/16 5145

Demonstrativa

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-EP	30	0,15083	4,51
Consumo - 31 a 100kWh-EP	27	0,25623	6,92
Subsídio			15,43
ICMS			10,58
PS			0,41
COFINS			1,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			8,47
Devolução Subsídio			-15,43

Histórico de Consumo
(kWh)

Set/16	72
Ago/16	75
Jul/16	83
Jun/16	68
Mai/16	50
Abr/16	54
Mar/16	68
Fev/16	60
Jan/16	71
Out/15	103
Nov/15	93
Out/15	103

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	42,37	25,00	10,59
PS	42,37	0,9698	0,41

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

04/11/2016

R\$ 35,41

RESERVAÇÃO FISCO

6ecb.4279.4912.dc32.1b1d.5530.afd.264c

Indicadores de Qualidade

9/2016-Plano

Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DECAVEM	7,28	2,32
DECAVEM	14,53	
DECAVEM	25,00	
DECAVEM	3,96	1,00
DECAVEM	7,72	
DECAVEM	15,45	
DECAVEM	4,14	
DECAVEM	12,22	2,32

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	5,34	15,09
Consumo de Energia	8,25	23,35
Serviço de Transmissão	0,27	0,76
Energia Setorial	2,10	5,93
Ingressos Derivados e Encargos	91,35	257,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	107,31	303,95

ATENÇÃO

Sua unidade foi avaliada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,43

Comprovante de residência



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Comprovante de residência



15 9129 6366



CTC RECIFE PE JPA PLIO
SR EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO
R 9 DE FERREIRO 000
CENTRO
58765 - 000 PIANCO PB

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro
Visite nosso site: www.claro.com.br

Data de Vencimento: 21/03/15 - Data de Postagem: 12/03/15



72113425751480600000409730120315

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 9129 6366	de 21/02/2015 a 03/03/2015	21/03/2015	R\$ 31,90

Veja aqui o que está sendo cobrado

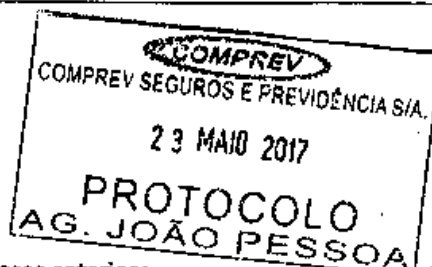
Individual		
Assinatura Controle	R\$	31,90
Total do Mês	R\$	31,90

Total a Pagar	R\$	31,90
----------------------	------------	--------------

Mensagens

Bem-vindo a Claro! Estaremos sempre à sua disposição. Para entrar em contato conosco, ligue 1052 do seu celular ou de qualquer outro telefone.

No Canal Interativo da Claro você pode comprar pacotes, ativar diversos serviços, solicitar código de barras para pagamento, consultar pontos do Claro Clube, franquias de dados consumidos e muito mais. Ligue grátis para *1052# e confira essas informações na tela do seu celular.



Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Lojas credenciadas. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTUC (1% e 0,5% do valor dos serviços) não impressas aos preços. Central de Atendimento do Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o n° da reclamação registrada na prestadora.



Assinatura Eletrônica



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:42:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319425353400000033831384>
Número do documento: 20101319425353400000033831384

Num. 35411013 - Pág. 14



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 EMERSON RAFAEL ANGELO BENTO, portador(a) do CNA RG nº 06023033070, expedido por DETRO-PI3, em 14/05/15, CPF/CNPJ nº 059.064.214-67, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOÃO BATISTA FERREIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JOÃO BATISTA FERREIRA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU-SE Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: CNA e Comp. RESIDÊNCIA - SEM COMPROVAÇÃO DE PROFISSÃO E RENDA.

Emerson Rafael Angelo Bento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 76313

Data/Hora 17/7/2016 18:43:27

Ocorrência: **OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO**

Servidor do Dr.:

Paciente **JOAO BATISTA FERREIRA**

Idade: 54 Sexo M

Filiação

Pai: FLORO FERREIRA DE SOUZA
Mãe: OLINDINA MARIA DA CONCEICAO

Endereço

Cidade **PIANCO - PB - 58765-000 - 2511301**

Endereço: OSTILDE FERREIRA

Bairro: PRACA DO COSSACO

Naturalidade: PIANCO - PB

Fone: (83)99147-6871

Documentos

CNS: 700-5079-5844-6756

Identidade: 753797 SSP PB

CPF:

Req. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 4/9/1961

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

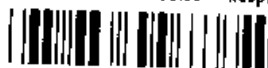
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: Danilo Rossi Ferreira Costa

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Psta c. fruct. exposita de puma C.

Documentação médica – hospitalar



EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dor, F/c, Defenso de este

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Fract. Tika x fibula (E)

Diagnóstico:

Frat. exporta de panna E

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 24 / 07 / 16

Recepcionista: Norma

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAIBA

Nome do Paciente: <u>Yago Batista Fernandes</u>		Nº Prontuário
Data da Cirurgia: <u>17/10/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Marcos Vinícius</u>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesiista: <u>Felício</u>	Tipo de Anestesia: <u>Alguém</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta do fêmur (B)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>do joelho + de fêmur - cirurgias + 2 procedimentos</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Fratura</u>		
Relatório imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato: <u>Sim</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>Não</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<u>1) Abertura da WOA sob raspagem</u>
<u>2) Abertura e antebraço de MTO</u>
<u>3) Abertura de capsula articular</u>
<u>4) Cirurgia de fêmur - cirurgias + 2 procedimentos</u>
<u>5) Placa do fêmur</u>
<u>6) Cirurgia externa</u>
<u>7) Curativo</u>
<u>8) No de controle</u>

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 1605 TROT 14260



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO" RATOS - PARAIBA

Nome do Paciente:		Nº Prontuário	
JOÃO BATISTA FERRAZ			
Data da Cirurgia	22/07/16	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. Fábio Spá	1º Auxiliar	Dr. Wagner
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Dr. TAVIO	Tipo de Anestesia	
		RAQUIDIANALGIA	
Diagnóstico Pré-Operatório			
FRATURA TIPIA G50/0200 com			
FIXADOR G50/0200			
Tipo de Cirurgia			
RETRATAMENTO FIXADOR G50/0200			
OSTEOTOMIA TIPIA DISTAL G50/0200			
Diagnóstico Pós-Operatório			
SEM			
Relatório Imediato do Patologista			
NÃO			
Exame Radiológico no Ato			
NÃO			
Acidente Durante a Cirurgia			
NÃO			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1. PACIENTE em decúbito dorsal Membro Superior
2. ASSÉPTICO e ANESTESIA
3. Colagem da pele com CÍRULO
4. REALIZADA FIXADOR G50/0200 TIPIA G50/0200
5. REALIZADA OSTOTOMIA G50/0200 TIPIA DISTAL G50/0200 com placa em T
6. DRENAGEM FEITA COM SF 2,2
7. SUTURA PELE PUNTO
8. CURATIVO

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6119

RELATÓRIO DE CIRURGIA





GÓVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: João Batista			
DA CLÍNICA	liníngua	ENFERMARIA	9 ^ª
A CLÍNICA	cardiologia	LEITO	06
MOTIVO DA CONSULTA:		(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Risco liníngico			
32/10/2016			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER:			
Paciente com exames Cardiológicos Não Comorbidades. Não Usa medicamentos PA = 100 x 70 mmHg ECG = Normal Risco Cirúrgico = Baixo Risco			
20/10/16		Klauber M. de F. Torres Cardiologista - CRM 1799	
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE João Batista Ferreira					GOVERNO DA PARÁIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEB. JANDUHY CARNEIRO
QT:	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	54	76313	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
T.E. enema - fat. Túbio fibroso (E)		Dr. Fabio			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
Raquel		Dr. Tarcio			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
	22.07.16	10:40			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipe plasma e sangue
11	TX. Capnógrafo SF 0,97		Scalp
	TX. Bomba de infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
11	TX. de Laser INCOIA - PUPPI		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
2	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclon		Sonda Uretral
1	Pavaton enofolma 1GR		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%		Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocalina Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Publicovaina 0,5%		PVPI Tintura
1	Dimorf		Gases
	Lanoxal 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane	11	Gelax NYLON 3.0
	Sufenta		Vasalina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Oxital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Placli		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Diplona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tiletli		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

ex. Basilio 31pian
21.07
131.07

Bond. Raquel 27p
20 a 30.07
fupma





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

9/10

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Jaos Batista Ferreira		Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
21/08/16	120	80	96			
Tip. Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urbia	Outros
VER PRONTUÁRIO						
Urina						
Ap. Respiratório				Asma		
Ap. Circulatório				Bronquite		
NDN				Eletrcardiograma		
Ap. Digestivo				Ap. Urinário		
JEJUM OK						
Estado Mental				Hipertensores		
CONSCIENTE						
Diagnóstico Pré-Operatório				Estado Físico		
FRATURA tíbia e fíbula				Risco		
Anestesia Anteriores						
Indicação Pré-Anestésica				Efeito		
MIDAZOLAM 5 Mg						
Aplicada às						
V				V		
Agilidade Anestésica		02		INDUÇÃO		
Líquido		(SF) (SF) (SF)		Satisf. / Excit. / Toss. /		
P.V. ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: V.Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO:		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20		Laringo Espasmo / Lente / Náuseas / Vômitos / Outros /		
Símbolos e Anotações		SPO2 98%		MANUTENÇÃO		
Posição				Cefazolina 2g Dexamet. 8mg		
Agentes		NEOCAINA 0,5% PESADA 15 mg + DIMORF 80 mcg		Efortil 10mg Tenoxicam 20mg		
Técnica		RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR 5/ Alterações		Dipirona 2g Ondasetrona 8mg		
Operação		Pro am. prol. tíbia e fíbula (E)		Anestesia Satisf. Sim / Não /		
Cirurgiões		Dr. Távio Leal		Não, porque? /		
Anestesistas		DR. TÁVIO LEAL		DESPERTAR		
Observações				Reflexos na SO /		
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias				Obstr. / CD2 / Excit. /		
				Náuseas / Vômitos / Outros /		
				Com cânula para o leito sim / não /		
				CONDIÇÕES		
				Cânula		
				Dr. Távio Leal Januário		
				Anestesiologista		
				CRMPB 5774		





GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome JORGE BATISTA FERREIRA					
Idade 55		Sexo M	Cor P		
Pressão Arterial 170x60 mmHg		Respiração 20x6	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Ureia		Outros			
Ap. Respiratório		Asma NÃO		Bronquite	
Ap. Circulatório HEMOD. ESTÁVEL		Eletrocardiograma RS			
Ap. Digestivo URGÊNCIA		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental CONSC.		Ataxias	Corticóides	Alergia NÃO	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório STAT. TÍDIA		Estado Geral BOM		Risco	
Anestesia Anteriores					
Dose Pré-Anestésica 80.50L 21.90L		Aplicada às	Efeito		
Agulha Anestésica	02	INDUÇÃO			
Líquido	500ml SEM INTERFERÊNCIA	Satisf. ☐ Excit. ☐ Tosse ☐			
CÓDIGO P.V. ART. LUM. PULSO: RESPIRAÇÃO V.Z.-ART. TESSIA: OPERAÇÃO		Laringo Espasmo ☐ Laring. ☐			
		Náuseas ☐ Vômitos ☐			
		Outros ☐			
		MANUTENÇÃO 2L/MIN			
		① 100% O ₂ 2L/MIN			
		② 100% O ₂ 2L/MIN			
		③ Dexamet. 10mg			
		④ Dipirona 2g			
		Anestesia Satel. 50mg			
		⑤ 100% O ₂ 2L/MIN			
Símbolos e Anotações		Despertar			
Posição		Reflexos na SO			
Agentes		Obstr. ☐ CO ₂ ☐ Excit. ☐			
Técnica		Náuseas ☐ Vômitos ☐			
Operação		Outros ☐			
Cirurgião		sem cânula			
Anestestesista		para o foto-alm. ☐ não ☐			
Observações		CONDIÇÕES			
		Cânula			
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:42:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319425353400000033831384>

Número do documento: 20101319425353400000033831384

Num. 35411013 - Pág. 23

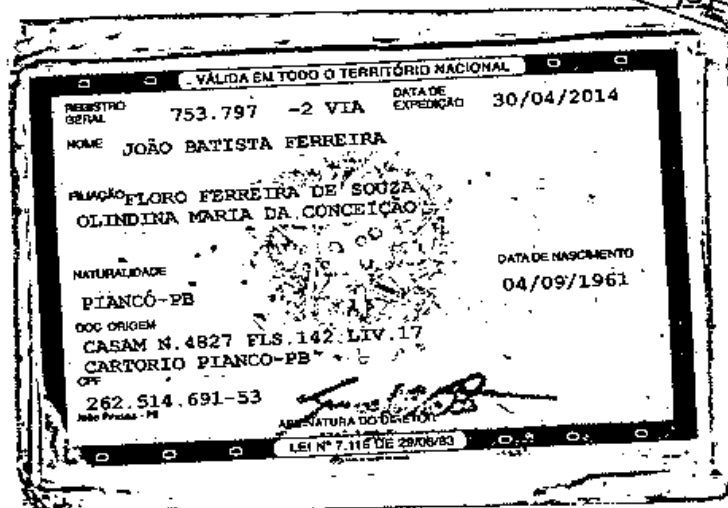
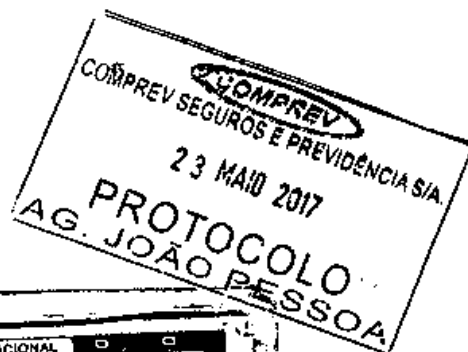
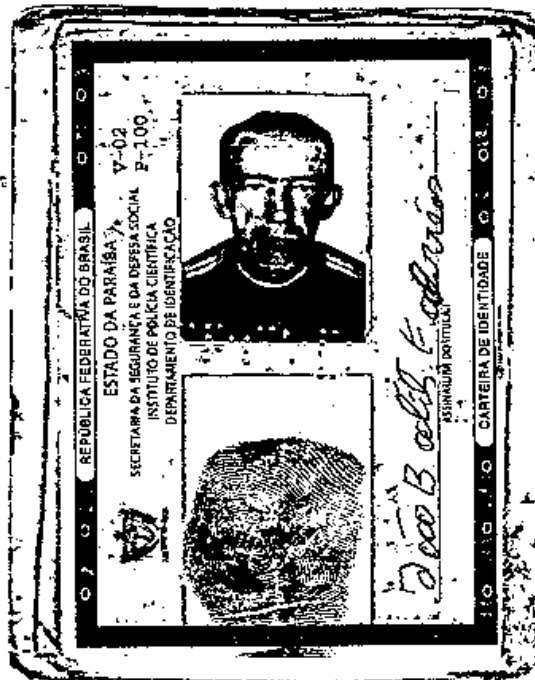
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE 1905 Batista, Ferreira					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QTD.	LEITO	CONVÊNIO 4ms	IDADE 54	REGISTRO 76313	
CIRURGIÃO Prof. Vitor. Nat. exposto		CIRURGIÃO Dr. Vinícius			
ANESTESIA Rogui		ANESTESISTA Dr. Félix			
INSTRUMENTAÇÃO suavans		DATA 17.04.6	INÍCIO 20:45	FCM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
1	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neoceln		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Gorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocalina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicocaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dilmorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcen		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Etoril		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Coelotina-19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pleall		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tiell		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 3 c/ agulha		





Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012506830369
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0106802107-9 000/00000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
JOAO BATISTA FERREIRA

DPV (CNPJ) 26251469153 PLACA QFM6489/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2KC2200GR013650

ESP. DE DPO PAS/MOTOCICLETA/ALIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG-160 FAN ESDI ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP. POT. / CL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC CDR. PREDOMINANTE BETA

COTA ÚNICA 11PVA PAGO EM 30/08/2016 VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS

FADCA LEVA 0 PARCELAMENTO COTAS 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 COTA DE PAGAMENTO 0,00

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES

PLANO - PB 40681 30/08/2016 35333

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

PB Nº 012506830369 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 30/08/2016

VIA 26251469153 DPV (CNPJ) QFM6489/PB

RENAVAM 01068021073 MARCA / MODELO HONDA/CG-160 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 CAL. TIME 9 9C2KC2200GR013650

PRÊMIO TARIFÁRIO

*** AGR (R\$) 0,00 *** RENAVAM (R\$) 0,00 RUSTICADO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 RUSTICADO SEGURO (R\$) 0,00

PAGAMENTO 0,00 PARCELADO 0,00

COTA ÚNICA 0,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

35333 1202163-26 006830

OUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170290463 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA **Data do acidente:** 17/07/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tíbia Esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente com atrofia da perna esquerda. (Massa muscular). (+/++++). Apresenta marcha claudicante. Apresenta limitação de ADM do tornozelo esquerdo de flexão dorsal (10 graus), flexão plantar (20 graus), abdução (10 graus), adução (10 graus).

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente de moto no dia 17 de julho de 2016. Foi encaminhado pelo SAMU, para Hospital Regional de Patos-PB. Foi submetido a cirurgia para osteossíntese da fratura. (redução da fratura + uso de fixador externo). Depois foi submetido a nova cirurgia no dia 22 de julho de 2016, para colocação de placas e parafusos. Fez fisioterapia por 3 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/06/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

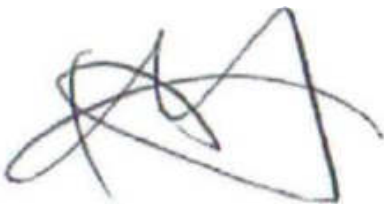
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO BATISTA FERREIRA** Sinistro: **3170290463** Data: **17/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA HOSTILIO FERREIRA, SN - CENTRO - Piancó - PB - CEP 58765-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **753797**

Data local do exame: [**13/06/2017**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta de tibia Esquerda. Paciente com atrofia da perna esquerda. (Massa muscular). (+/++++). Apresenta marcha claudicante. Apresenta limitação de ADM do tornozelo esquerdo de flexão dorsal (10 graus), flexão plantar (20 graus), abdução (10 graus), adução (10 graus).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente sofreu acidente de moto no dia 17 de julho de 2016. Foi encaminhado pelo SAMU, para Hospital Regional de Patos-PB. Foi submetido a cirurgia para osteossíntese da fratura. (redução da fratura + uso de fixador externo). Depois foi submetido a nova cirurgia no dia 22 de julho de 2016, para colocação de placas e parafusos. Fez fisioterapia por 3 meses.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Paciente com atrofia da perna esquerda. (Massa muscular). (+/++++). Apresenta marcha claudicante. Apresenta limitação de ADM do tornozelo esquerdo de flexão dorsal (10 graus), flexão plantar (20 graus), abdução (10 graus), adução (10 graus).

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Perna esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Raimundo Pereira de Oliveira Neto - CRM: 7416 - PB



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO BATISTA FERREIRA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 753.797, órgão expedidor SEDS-PB
e do CPF: 262.514.641-53, residente no(a) Rua Hostílio Ferreira
nº 51N, bairro: CENTRO, município: PIANÇO, PB.

OUTORGADO:

Nome: EDVALDO RAFAEL DINOLO BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Advogado, portador(a) do RG 289.9193, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) Rua 09 De Fevereiro
nº 51N, bairro: CENTRO, município: PIANÇO, PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOÃO BATISTA FERREIRA.

Local e Data: PIANÇO - PB, 30/11/2016



João Batista Ferreira

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por Autenticidade)

Edvaldo Caldas
Advogado

Estado Civil: - Serviço Notarial e Registral
CPF: 08.785.000-00 - Função: Advogado
e-mail: edvaldocaldas@guilherme.com.br



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: JOÃO BATISTA FERREIRA
Em test. da verdade. Pianço-PB 10/11/2016 10:22:58
Joviana Inácio da Cruz - Escrevente
(2016-002514) EMBL: 88.49 FAP: 01/10/2016 17:00
SELO DIGITAL: AEE21798-EAT4
Confira a autenticidade em: <https://selodigital1.1006.105.00>

