

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDSON SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3170653753**

Vitima: **EDSON SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **08/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170653753**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12126714



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDSON SILVA DOS SANTOS**

Sinistro: **3170653753**

Vítima: **EDSON SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **08/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170653753** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12229913

A/C: EDSON SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170653753
Vítima: EDSON SILVA DOS SANTOS
Data do Acidente: 08/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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: **EDSON SILVA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002179-2**

Conta: **000010015426-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170653753 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **EDSON SILVA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO QUATIGEREBÁ nº 00 - ZONA RURAL - ITAPOROROCA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2820816 - SSP**
Data local do exame: **04/01/2018 JOAO PESSOA/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)

TRAUMA CRÂNIO FACIAL

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?

☒ SIM

☐ NÃO

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?

☒ SIM

☐ NÃO

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

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMATOMA SUB ARACNOIDEO, PNEUMOENCEFALO E FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ, TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA EM UTI E ENFERMARIA E QUE EVOLUIU COM HEMIPARESIA FACIAL DIREITA, DEFORMIDADE ANATÔMICA DO OSSO NASAL, FOTOFOBIA, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE, DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO, CEFALÉIA CRÔNICA COM USO CONSTANTE DE ANALGÉSICOS.

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

☒ 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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE CRANIOFACIAL

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(*).

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

CRANIOFACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 04/01/2018

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do perito Examinador - CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 053.042.684-66	Nome completo da vítima Edson Silva dos Santos
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edson Silva dos Santos	CPF titular da conta 053.042.684-66	Profissão Recuar-se
Endereço Sit Quatigera	Número 01 mº	Complemento Area Rural
Bairro	Cidade Itapococa	Estado PB
Email cc.f.oliveira@gmail.com	CEP 58275-000	Telefone (DDD) 83-98849-5530

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2479	D/V 2	CONTA NRO. 15.426	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na titular agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itapococa, 06 de Dezembro de 2017

Local e Data

Edson Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 134 /2017

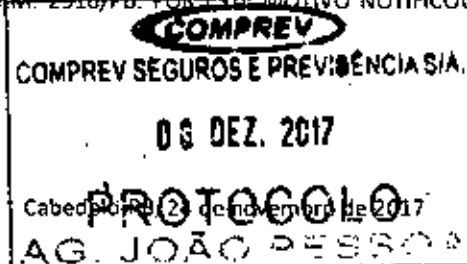
OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

COMUNICANTE: EDSON SILVA DOS SANTOS, ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, NATURALIDADE: MAMANGUAPE-PB, PROFISSÃO: AGRICULTOR, DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1984 IDADE: 33 ANOS, RG: 2.820.816 SSP/PB, CPF: 053.042.684-66, FILIAÇÃO: JOSÉ PEDRO DOS SANTOS E SUZETE FELIPE DA SILVA, ENDEREÇO: SÍTIO QUATIGEREBÁ, S/Nº, ZONA RURAL, ITAPOROROCA-PB, TELEFONE: 83-98891-6596, GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO, COR DA PELE: MORENO, DIA DO OCORRIDO: 08/06/2017 LOCAL DO FATO: RODOVIA PB 057, ITAPOROROCA-PB

NARRATIVA: EDSON SILVA DOS SANTOS AFIRMA QUE NO DIA 08/06/2017 QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG150 TITAN ES DE PLACA MNT-1421/PB CHASSI Nº. 9C2KC08508R142408 DE PROPRIEDADE DO SR ANTONIO NASCIMENTO DA SILVA PELA RODOVIA QUE LIGA A CIDADE DE ITAPOROROCA-PB À CIDADE DE MAMANGUAPE, NAS PROXIMIDADES DA OFICINA MECÂNICA "RICA MOTO", MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO VEÍCULO, DERRAPANDO EM VIRTUDE DA CHUVA QUE DEIXOU A PISTA MOLHADA E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMUE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO ÀS 22:53H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA TEMPORAL + FRATURA DA OPN (OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ) + CONTUSÃO TEMPORAL E + HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA + PNEUMOENCEFALO + HEMOSSINUS CID 10 S02.1 + S02.2 + S06.3 + S06.9 + S09.9, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM: 2516/PB. POR ESTE MOTIVO NOTIFICOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação - Polícia Civil
Matrícula 122.666



Edson Silva dos Santos

Boletim de ocorrência



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Edson Silva dos Santos

CPF da Vítima

053.042.684-66

Data do Acidente

08/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 signifi- ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



08/06/2017, 06 de dezembro de 2017

Local e Data

Edson Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE
SAÚDE



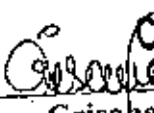
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Mamanguape, 09 de Novembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, EDSON SILVA DOS SANTOS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Mamanguape, no dia 08 de Junho de 2017, vítima de acidente com motocicleta, e transferido ao Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.


Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape - PB
CNPJ 08674396000164



BR 101, Km 40, S/N - Satélite - Fone (83) 996501777 - samucrisane@gmail.com

Comprovação de ato declaratório



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: 08/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON SILVA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02179-2

CONTA: 000010015426-3

Nr. da Autenticação 9FAF2C642172A5ED

ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS
SIT QUATIGEREBÁ, SN - ÁREA RURAL
ITAPOROROCA/PB CEP 5675000 (AG 14)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B230, km 25 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.035.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, km 25 - Costa Rica - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro 7 - 17 - 477 4930 Referência Jul/2017
Nº medidor 00001392796 Emissão 13/07/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 529 533
Código para Débito Automático: 00013220082

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

Conta referente a

Jul/2017

Apresentação

13/07/2017

Data prevista da
próxima leitura

15/08/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

4183334403

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1322008-2

Canal de contato

Prezado Cliente
A partir deste mês, as Contas contarão com um novo layout para
tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os
demonstrativos de consumo, incluindo, ainda, a composição da
fatura. O valor da tarifa passou a ser apresentado acrescido dos
impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da
energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos
valores finais pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/08/17	Leitura 2053	Data 13/07/17	Leitura 2100	
			47	31

Demonstrativo		Quantidade	Unidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
				Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		ICMS (R\$)	
				Base Calc. PIS (R\$)		PIS (R\$)		Base Calc. COFINS (R\$)	
				COFINS (R\$)		COFINS (R\$)		COFINS (R\$)	
0901	Consumo em kWh	47,000	0,455420	21,40	0,00	0	0,00	21,40	0,17
0901	Adc. B Amarela			0,41	0,00	0	0,00	0,41	0,00

Comprovante de residência



COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDENCIÁRIA
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CC: Cód. 3015 - Classe de consumo Res	TOTAL	21,81	0,00	0,00	21,81	0,17	0,00
---------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
20/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 21,81

Histórico de Consumo (kWh)											
Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18
55	48	50	48	47	54	52	50	45	53	44	44

RESERVADO AG

0556:4f62

CAIXA

A vida pede mais que um banco



Comprovante de residência



CTC RECIFE PE 01.6

DATA DE POSTAGEM: 10/10/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



101047

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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=29536>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

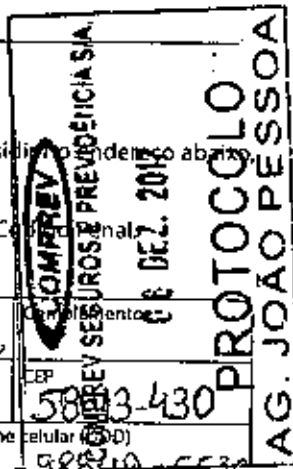
Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.042.684 / 66 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Edson Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.042.684 / 66 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Avenida Tocantins</u>		Número	<u>172</u>			
Bairro	<u>Antônio</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado		<u>PB</u>	
Email	<u>cc.f.cdux@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>		Telefone celular(DDD)	<u>83-98849-5530</u>
			CEP	<u>58033-430</u>			

João Pessoa 06 de Dezembro de 2017
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Brito
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Nascimento da Silva,
 RG nº 159.457-3, data de expedição 05 / 10 / 2010,
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 010.567.647-08,
 com Domicílio na cidade de Itapororoca, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Epitácio Martins
 nº n/nº, complemento, Primeiro Prédio, declaro, sob as
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima
Edson Silva dos Santos, cujo o condutor
 era Edson Silva dos Santos

Veículo.....: metecidita
 Ano.....: 2008/2008
 Modelo.....: Xonta 1.6G 150 Titon ES
 Placa.....: MNT-1421-PB
 Chassi.....: 9C2.KC0 B5D 6R1 42408
 Data do acidente.: 08/06/2017

Declaração do proprietário do veículo



Local e data: Itapororoca - PB, 01 de novembro de 2017

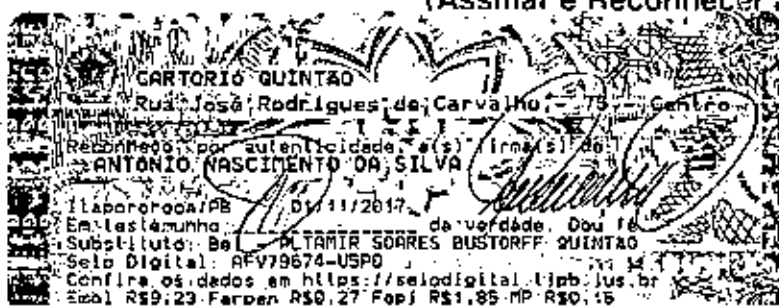
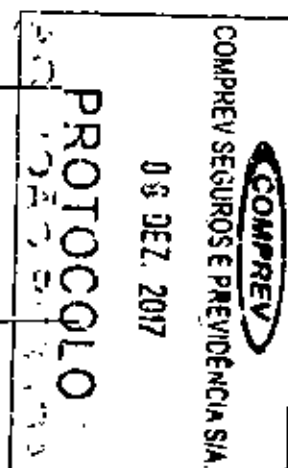
CARTÓRIO
QUINTÃO

- X Antônio Nascimento da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDSON SILVA DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 28/02/84
NOME DA MÃE SUZETE FELIPE DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.006.153
Nº PRONTUÁRIO 102.465
DATA DO ATENDIMENTO 08/06/17
HORA DO ATENDIMENTO 22:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA TEMPORAL + FRATURA DA OPN (OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ) + CONTUSÃO TEMPORAL E + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE TRAUMÁTICA + PNEUMOENCÉFALO + HEMOSSINUS
CID 10 S 02.1 + S 02.2 + S 06.3 + S 06.6 + S 06.9 + S 09.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE, desorientação e confusão mental, trauma com escoriações de face + otorragia E e epistaxe. Relato de está alcoolizado. Glasgow 14. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX dos seios da face - FM e MN
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST

Documentação médica - hospitalar



TRATAMENTO:

Fratura temporal + fratura da opn + hemossinus à TC da face. Contusão temporal E + hemorragia subaracnóide traumática + pneumoencéfalo à TC do crânio. Sem alteração à USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da equipe da Neurocirurgia e da BucoMaxilofacial.

ALTA HOSPITALAR: 21/06/17
DATA DA EMISSÃO: 05/04/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM 12516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, km - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1006153



Identificação do paciente

ID 1178567	Nome EDSON SILVA DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32 anos 3 meses 11 dias	Estado civil Prontuário
Mãe SUZETE FELIPE DA SILVA	Pai JOSE PEDRO DOS SANTOS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86916596	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência ITAPOROROCA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58275000	Município de residência ITAPOROROCA	UF PA	Logradouro SÍTIO QUATUJERAMA
Número SN	Complemento	Barra ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/06/2017 22:53:41	Número da pulseira 1000006203343	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos: Paciente vítima acidente moto; e/HO. TCE(?)
politrauma (?); encaminhado ao CDI (RXS+TC/pac)
lag. AVs: NCR/BMF; EGR, COTE; SK

Diagnóstico

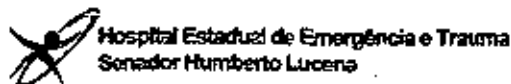
Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

TOMOGRAFIA

TIPO ... Imprimir
DATA ... 06/06/17
HORA ...

AC. PAD: Adm

PROTÓCOLO
08/06/2017
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A



AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS		BAE 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data Baixa
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 88918596
Mãe SUZETE FELIPE DA SILVA				Prontuário
Endereço SITIO QUATHERAMA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ITAPOROROCA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO	Nº Cons. Regional 10187/PB	
Data/Hora Classificação 08/06/2017 22:53:41			Data/Hora Prescrição 08/06/2017 23:05:15	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, ALCOOLIZADO, NÃO USAVA CAPACETE. TCE E TRAUMA DE FACE, APRESENTANDO OTORRAGIA E EPISTAXE. NÃO COLABORATIVO.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER **NEUROQUIRURGIA** (OBSERVAÇÕES: TCE)

SOLICITAÇÃO DE PARECER **BUCOMAXILO** (OBSERVAÇÕES: TCE)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

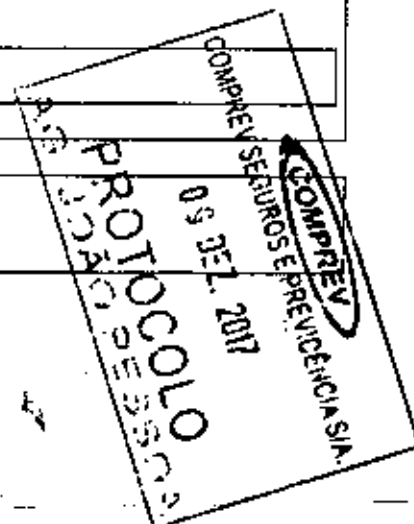
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

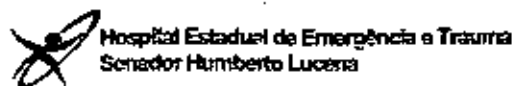
Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)

EDSON SILVA DOS SANTOS





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS		BAE 1009153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data Baixa
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 88916596
Mãe SUZETE FELIPE DA SILVA				Prontuário
Endereço SITIO QUATNERAMA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ITAPOROROCA	UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	Nº Cons. Regional 4550/PB	
Data/Hora Classificação 08/06/2017 22:53:41			Data/Hora Prescrição 09/06/2017 10:18:14	

Anamnese

PACIENTE REAVALIADO PELA BMF. SEM FRATURAS EM FACE. CD: ALTA DA BMF COM ORIENTAÇÕES.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

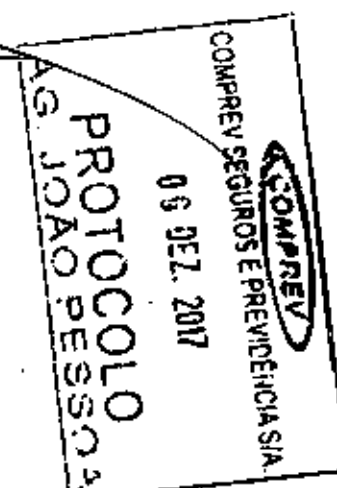
Conduta

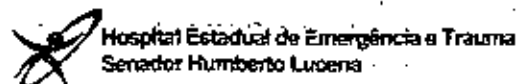
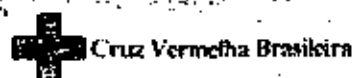
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Leonardo Paiva
 Cirurgião Traumatologista
 Boca - Mão - Pé
 CRO-PB 4650

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
 (4550/PB)

EDSON SILVA DOS SANTOS



**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	BAE 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data Baixa
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Mãe SUZETE FELIPE DA SILVA			Telefone de Contato (83) 88916586
Endereço SITIO QUATIJERAMA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ITAPOROROCA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE LOPES DE SOUSA FILHO	Nº Cons. Regional 6676/PB
Data/Hora Classificação 08/06/2017 22:53:41		Data/Hora Prescrição 09/06/2017 09:29:24	

Anamnese

TCE MODERADO FRATURA S+ CONTUSÕES ECG 14, ISO E REATIVAS OTORRAGIA DIREITA CD: INTERNAÇÃO + BMF

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL, DILUIR 2,0 ML

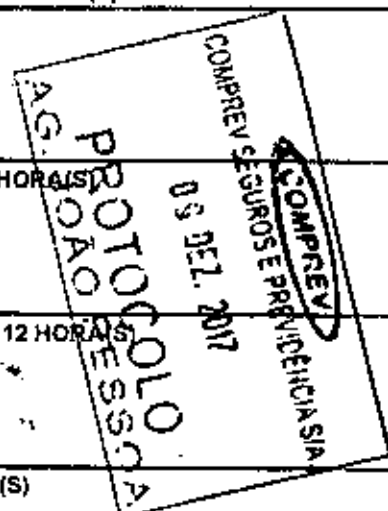
ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), DILUIR 40,0 MG

DIMETICONA 75MG/ML GOTAS, ADMINISTRAR 60,0 GOTA(S) VIA S.N.G. 6/6H

CEFUROXIMA 750MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: POR 5 DIAS)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS		BAE 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data Baixa
Data de nascimento 26/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 88916596
Mãe SUZETE FELIPE DA SILVA				Prontuário
Endereço SITIO QUATJERAMA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ITAPOROROCA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR DORIA VERAS	Nº Cons. Regional 5426/PB	
Data/Hora Classificação 08/06/2017 22:53:41			Data/Hora Prescrição 09/06/2017 03:08:08	

Anamnese

PACIENTE COM SINTOMAS DE EMBREAGENS, NÃO COLABORATIVO A ANAMNESE E EXAME FÍSICO, AO EXAME DE IMAGEM OBSERVA-SE TRAÇO SUGESTIVO DE FRATURA DE OPN. ESPERANDO-MELHOR DO QUADRO PARA REAVALIAÇÃO.

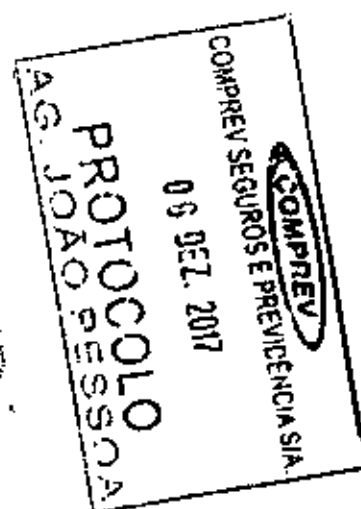
Conduta

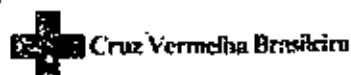
Em observação

Autran da Nogueira Alves
Cirurgião Geral - M. O. FACIAL
CRO-98: 4072

VICTOR DORIA VERAS
(5426/PB)

EDSON SILVA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	BAE 1006193	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data Baka
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Mãe SUZETE FELIPE DA SILVA			Telefone de Contato (83) 88816596
Endereço SITIO QUATJERAMA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ITAPOROROCA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 6215/PB
Data/Hora Classificação 08/06/2017 22:53:41		Data/Hora Prescrição 09/06/2017 00:30:36	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, ALCOOLIZADO, NÃO USAVA CAPACETE. EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO E CONFUSÃO MENTAL. - AO EXAME: GLASGOW 14 MOVIMENTAÇÃO ESPONTÂNEA DE MEMBROS PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES ESCORIAÇÕES EM FACE - TC DE CRÂNIO: HSA TRAUMÁTICA EM HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDA, CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL ESQUERDA, PNEUMOCRÂNIO TEMPORAL ESQUERDO, FRATURA LINEAR TEMPORAL, SEM DESVIO DA LINHA MÉDIA. - HD: TCE / CONTUSÃO CEREBRAL / HSA TRAUMÁTICA / FRATURA CRANIANA - CD: ANALGESIA / OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA ATENTA/ TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE / REPETIR TC DE CRÂNIO CONTROLE EM 12 HORAS OU SE PIORA NEUROLÓGICA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), DILUIR 40,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

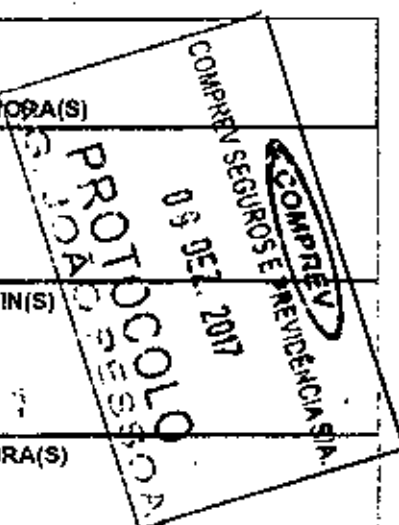
Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG /ML INJETÁVEL, DILUIR 2,0 ML



Dr. Emerson Magno de Andrade
NEUROLÓGIA
Neurologia Funcional & Doi
CPB 6215

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

CABECEIRA ELEVADA A 30°

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090 -

PREScrição Médica

9/

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Data Prescrição	
EDSON SILVA DOS SANTOS		28/02/1985		32		MASCULINO		1006153		20/06/2017 09:34:53	
Motivo do Atendimento		Setor		Posto de Trabalho		Leito		Nº		Data Prescrição	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA		AREA LARANJA UDC		AREA LARANJA - UDC B		LEITO EXTRA 02		102465		20/06/2017 09:34:53	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

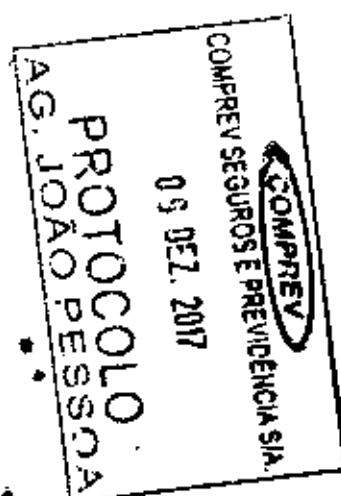
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Resolução	Orientação de Uso	Aprimamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000.0	ML		EV		24H		
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)								
Diluir em AGUA DESTILADA	2.0	ML		E.V.		6/8H		
	10.0	ML						
3								
ONDANSETRONA 4MG/2ML	2.0	ML				8/8H		
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML		EV				
4								
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG				12/12H		
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100.0	ML		EV				
5								
FENTONIA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML				8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.				
6								
OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG				1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML		E.V.				
7								
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
9 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
10 AFERIR PA E FC	0.0							

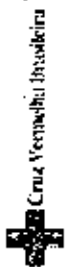
20 de Junho de 2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Espírito Santo de Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1008153	Nº	102465	Data Prescrição	19/06/2017 11:39:57
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC 8	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	19/06/2017 11:39:57				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	Via de Administração	Velocidade	Posologia	Observação de Uso	Apresentação
1. DIETA	0.0			ORAL		Capacete
2. Solução Fisológica 0.9%	2000.00	ML		E.V.		
3. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		
4. DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML				
5. ONDANSETRONA 4MG/2ML	2.0	ML				
6. DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML				
7. TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG				
8. DILUIR em Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML				
9. FENITOINA 50MG (ML) INJETAVEL	12.0	ML				
10. DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML				
11. OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG				
12. DILUIR em AGUA DESTILADA	40.0	ML				
13. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA						
14. CABECEIRA ELEVADA A 30º	0.0					

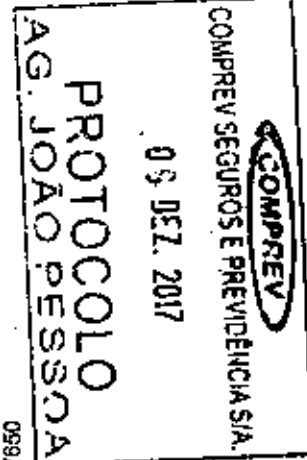
19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

CRM: 7650

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião

Assinatura do Profissional



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº	102465	Data Prescrição	18/06/2017 06:12:49
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Poslo de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	18/06/2017 06:12:49				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

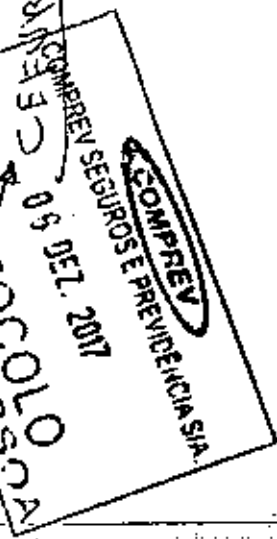
1	DIETA	0.0	ORAL	ATENÇÃO
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0 ML	E.V.	08H.
	1. Diluir em AGUA DESTILADA	10.0 ML		
4	ONDANETRONA 4MG/2ML	2.0 ML		
	1. Diluir em AGUA DESTILADA	10.0 ML		
5	TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0 MG		
	1. Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	100.0 ML	E.V.	12/12H
6	FENTONIA 50MG/ML INJETAVEL	2.0 ML		
	1. Diluir em AGUA DESTILADA	10.0 ML		
7	OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0 MG		
	1. Diluir em AGUA DESTILADA	40.0 ML	E.V.	1X AO DIA
8	CELECOXIMA 200MG/20ML	200.0 MG		
	1. Diluir em AGUA DESTILADA	200.0 ML		
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0		
10	CABECERA ELEVADA A 30°			
11	AFERIR PA E FC	0.0		

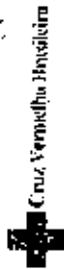
JOSE LOPEZ DE SOUSA FILHO
CRM: 6676
18 de Junho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

NOTA: S.I.C. do familiar e
tratamento com a medicação
CELECOXIMA
TERMINAR O Tratamento.

136054





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede do Hospital

GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAIBA

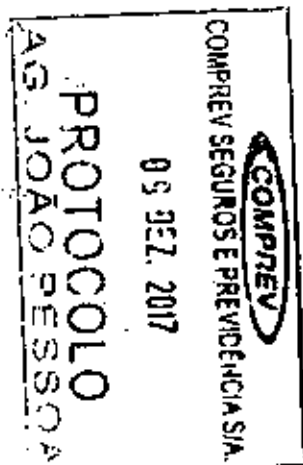
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº	102465	Data Prescrição	17/06/2017 08:25:24
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA -UDC B	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	17/06/2017 08:25:24				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	Via de Administração	Posologia	Observação de Uso	Apropramento
1 DIETA	0.0	ORAL			
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML			
3 DIFERONIA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		
4 DIFERONIA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML			
5 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG			
6 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	ML			
7 GMEPIAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG			
8 GMEPIAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	ML			
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0				
10 CABECEIRA ELEVADA A 30º	0.0				
11 AFERIR PA E FC	0.0				



TOMAS CATAO MONTE RAS
CRM: 7742

17 de Junho de 2017
Tomás Catão Monte Ras
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	102465	Data Prescrição	16/06/2017 11:27:04
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	16/06/2017 11:27:04		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

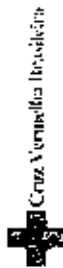
Nome do medicamento	Dose	Unid	VL	Via de	Veloc. Inf.	Fonologia	Orientação da Udo	Apresentação
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 DILUIÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (AMPOLA 2ML)	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		36H		
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	2.0	ML		E.V.		36H		
5 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG		E.V.		12/12H		
6 FENTONIA 50MG/ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		36H		
7 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
8 CEFUROXIMA 750MG/30ML	100.0	MG		E.V.		36H		
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
11 AFERIR PA E FC	0.0							

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Tomas Catão Monte Raso
CRM: 7742
16 de Junho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

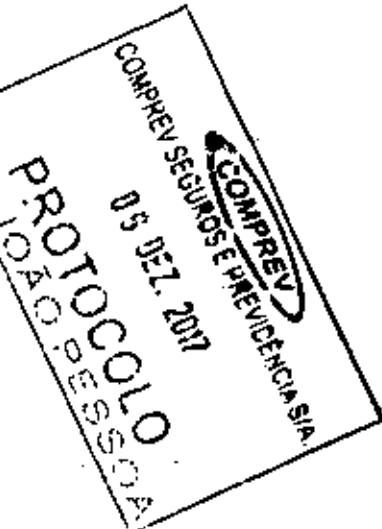
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº	102465	Data Prescrição	15/08/2017 09:19:08
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	15/08/2017 09:19:08				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.F.M.	Via	Via de administração	Valor	Inf.	Posologia	Observação	Apresentação
1 DIETA	0.0			ORAL					
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.					
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.					
4 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML							
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML							
6 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML							
7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG		E.V.					
8 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML							
9 FENTONINA 50MG/ML INJETAVEL	2.0	ML							
10 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML							
11 OMIEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA)	40.0	MG		E.V.					
12 COM DILUENTE	40.0	ML							
13 DILUIR em AGUA DESTILADA	40.0	ML							
14 CEFUROXIMA 750MG	1.0	MG		E.V.					
15 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.					
16 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA									
17 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0								
18 AFERIR TA E FC									

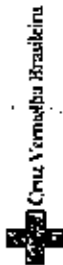


THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

Atenciosa TC com tort

Assinatura e Carimbo do Profissional

15 de Junho de 2017



Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031080

PRESCRIÇÃO MÉDICA

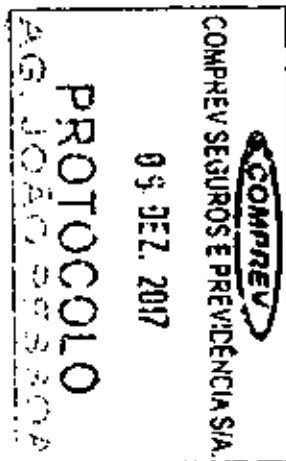
Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº	102465	Data Prescrição	14/06/2017 10:53:35
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	14/06/2017 10:53:35				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do Medicamento	Dose	Unidade	Via de Administração	Velocidade	Posologia	Orientação do Uso	Aproximadamente
1 DIELA	0.0		ORAL				Quadr
2 Solução Fisológica 0.9%	200.0	ML	E.V.				1x ao dia
3 OIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		6/6H		1x ao dia
4 Ondansetrona 4mg/2ml (ampola 2ml)	10.0	ML	E.V.				1x ao dia
5 Tramadol 100mg/2ml (ampola)	100.0	MG	E.V.		12/12H		1x ao dia
6 EENTONAX 50MG (ampola 2ml)	100.0	ML	E.V.				1x ao dia
7 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG	E.V.		1X AO DIA		06
8 CEFUROXIMA 750MG (ampola 2ml)	30.0	MG	E.V.				1x ao dia
9 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	E.V.		12/12H	Observação: SF 100ML	1x ao dia
10 OBSERVAÇÃO DA CONSCIENTIAÇÃO	20.0	MG	E.V.				1x ao dia
11 CABECEIRA ELEVADA A 30º	0.0						Atc.
12 LAFERIN PATE FOP	30.0	MG	E.V.				1x ao dia

14 de Junho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247

RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Sector	AREA LARANJA UDC	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº	102465	Data Prescrição	13/06/2017 12:19:44
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA													Prescrição válida a	13/06/2017 12:19:44

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

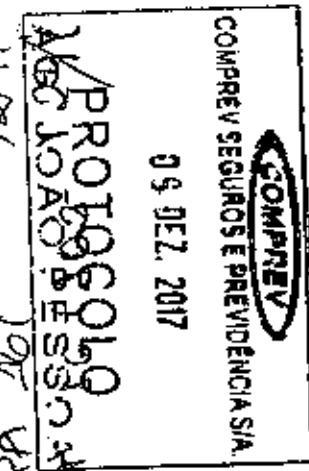
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Vis de	Veloc. Inf	Posologia	Orientação de Uso	Aprimoramento
1 DIETA	0.0					ORAL		
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML				E.V.		
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				E.V.		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
3								
ONDANSETRONA 4MG/2ML	2.0	ML				E.V.		
Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML				E.V.		
4								
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG				E.V.		
Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML				E.V.		
5								
FENTONIA 50MG ML INJETAVEL	2.0	ML				E.V.		
AGUA DESTILADA	10.0	ML				E.V.		
6								
OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG				E.V.		
AGUA DESTILADA	40.0	ML				E.V.		
7								
CEFUROXIMA 750MG	750.00	MG				E.V.		
8								
CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG				E.V.		
9								
10 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
11 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
12 AFERIR PA E FC	0.0							

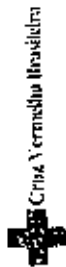
13 de Junho de 2017

1520 (180 (180 (16
 1520 (180 (180 (16
 1520 (180 (180 (16

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
 CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sanador Humberto Lucena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº	102465	Data Prescrição	12/06/2017 11:23:20
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selo	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Lado	Q. EXTRA 02	Prescrição válida a	12/06/2017 11:23:20				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Via de	Velocidade	Posologia	Orientação de Uso	Aproximadamente
1 DIETA	0.0		ORAL				03/08/17
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML	E.V.				03/08/17
3 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		6/6H		04/08/17
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					04/08/17
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	2.0	ML	E.V.		8/8H		04/08/17
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					04/08/17
5 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	MG	E.V.		12/12H		04/08/17
Diluir em Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML					04/08/17
6 PERITONIA 50MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML	E.V.		8/8H		04/08/17
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					04/08/17
7 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG	E.V.		1X AO DIA		04/08/17
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML					04/08/17
8 OMEPRAZOL 75MG/10ML (GOTAS)	60.0	MG	E.V.		8/8H		04/08/17
Diluir em AGUA DESTILADA	60.0	ML					04/08/17
9 CEFUROXIMA 750MG	750.0	MG	E.V.		8/8H		04/08/17
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA							04/08/17
10							04/08/17
11 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						04/08/17
12 AERIR PA E FOC	0.0						04/08/17

12 de Junho de 2017

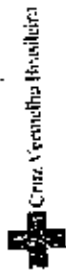
PROTÓCOLO

05 DEZ. 2017

COMPREV

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650

Assinatura e Carimbo do Profissional
Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião



Hospital Especial de Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Nº	102465	Data Prescrição	11/06/2017 12:49:19
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Idade	32	Prescrição válida a	11/06/2017 12:49:19
Sector	AREA LARANJA UDC	Sexo	MASCULINO	Leito	LEITO EXTRA 02
		Posio de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximamento
1 DIETA	0.0							
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML						
3 DILUIR em AGUA DESTILADA	2.0	ML						
4 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
5 DILUIR em Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML						
6 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
7 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
8 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
9 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
10 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
11 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
12 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
13 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
14 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
15 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
16 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
17 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
18 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
19 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
20 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
21 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
22 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
23 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
24 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
25 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
26 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
27 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
28 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
29 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
30 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
31 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
32 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
33 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
34 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
35 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
36 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
37 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
38 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
39 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
40 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
41 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
42 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
43 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
44 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
45 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
46 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
47 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
48 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
49 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
50 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
51 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
52 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
53 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
54 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
55 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
56 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
57 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
58 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
59 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
60 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
61 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
62 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
63 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
64 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
65 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
66 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
67 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
68 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
69 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
70 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
71 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
72 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
73 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
74 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
75 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
76 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
77 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
78 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
79 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
80 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
81 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
82 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
83 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
84 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
85 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
86 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
87 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
88 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
89 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
90 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
91 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
92 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
93 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
94 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
95 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
96 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
97 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
98 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
99 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						
100 DILUIR em AGUA DESTILADA	100.0	ML						

PROTOCOLO

03 JUL 2017
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650

Gustavo Victor Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião

11 de Junho de 2017



Hospital Especial de Emergência e Trauma
Sede em Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 5803-1090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1008153	Nº	102465	Data Prescrição	10/06/2017 10:15:01
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	LEITO EXTRA 02	Prescrição válida a	10/06/2017 10:15:01				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Medicamento										Observações									
1	DIETA									ORAL									
2	Solução Fisiológica 0,9%									E.V.									
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)									E.V.									
	Diluir em	AGUA DESTILADA																	
4	ONDANSETRONA 4 MG/2ML (FRASCO-AMPOLA)									E.V.									
	Diluir em	Solução Fisiológica 0,9%																	
5	TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)									E.V.									
	Diluir em	Solução Fisiológica 0,9%																	
6	CETOTILINA 60MG (FRASCO-AMPOLA)									E.V.									
	Diluir em	AGUA DESTILADA																	
7	OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA)									E.V.									
	Diluir em	AGUA DESTILADA																	
8	OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA)									E.V.									
	Diluir em	AGUA DESTILADA																	
9	CEFUROXIMA 750MG									E.V.									
	Diluir em	AGUA DESTILADA																	
10	RESERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA																		
11	CABECEIRA ELEVADA A 30°																		
12	REFERIR PALEO																		

10 de Junho de 2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2017
JOAO PESSOA

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

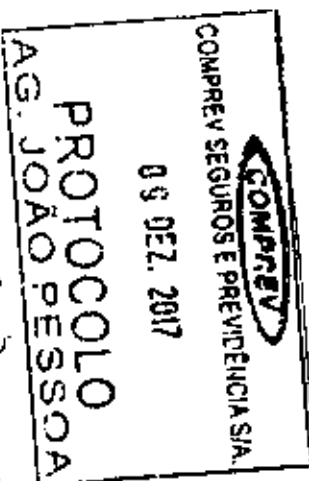
Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº		Data Prescrição	09/06/2017 09:29:24
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data de	28/02/1985	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a	09/06/2017 09:29:24				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Via de administração	Velocidade	Posologia	Orientação de Uso	Aproximadamente
1 DIETA	0.0		ORAL				
2 DIPYRONA 600 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		8/8H	16 22 06 26	
3 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML			8/8H	16 22 06 26	
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	2.0	ML	E.V.		12/12H	16 22 06 26	
5 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML			8/8H	16 22 06 26	
6 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	100.0	ML	E.V.		8/8H	16 22 06 26	
7 DILUIR em AGUA DESTILADA	10.0	ML			8/8H	16 22 06 26	
8 FENTONIA 50MG ML INJETAVEL	2.0	ML	E.V.		1X AO DIA	16 22 06 26	
9 DILUIR em AGUA DESTILADA	40.0	ML			8/8H	16 22 06 26	
10 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	ML	E.V.		8/8H	16 22 06 26	
11 DILUIR em AGUA DESTILADA	40.0	ML			8/8H	16 22 06 26	
12 DIMETICONA 70MS/5MG/GOTAS	750.0	MG	E.V.		8/8H	16 22 06 26	
13 DILUIR em AGUA DESTILADA	750.0	MG			8/8H	16 22 06 26	
14 DEFUROXIMA 750MG	750.0	MG	E.V.		8/8H	16 22 06 26	

09 de Junho de 2017

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
CRM: 6676



Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luzena

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº		Data Prescrição	09/06/2017 00:30:36
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito						Prescrição válida a	09/06/2017 00:30:36

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Tr.Ve.	Via de	Volq.	Infus.	Pos. logia	Uso	Apresentação
1 Solução Fisológica 0,9%	1000.0	ML						24H	
DIPYRONA 100 MG/ML (AMPOLA 20 ML)	20.0	ML							
Clonit em: AGUA DESTILADA	10.0	ML							
3 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG						1X AO DIA	
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML							
4 ONDANSETRONA 4 MG/ML	20.0	ML							
Clonit em: Solução Fisológica 0,9%	100.0	ML							
5 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG						12/12H	
Diluir em Solução Fisológica 0,9%	100.0	ML							
6 PENTIDINA 50 MG/ML INJETAVEL	20.0	ML							
Clonit em: AGUA DESTILADA	100.0	ML							
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0								
8 CABEÇUEIRA ELEVADA A 30°	0.0								
9 AFERIR PA E FC	0.0								

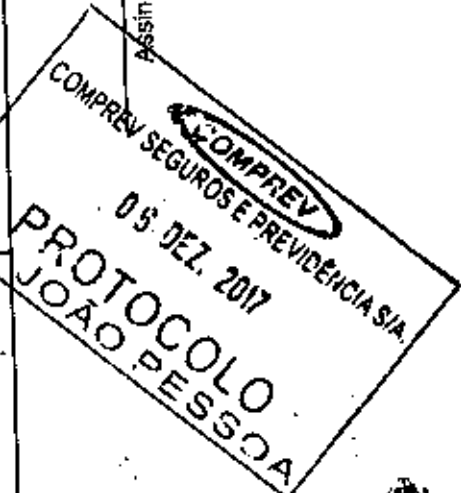
08 de Junho de 2017

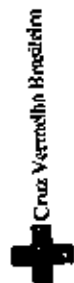
Dr. Emerson Magno de Andrade
NEUROLOGIA
Neurocirurgia Funcional & Dor

Assinatura e Carimbo do Profissional

EMERSON MAGNO FERNANDES DE

CRM: 6215





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAIBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDSON SILVA DOS SANTOS	Data de	28/02/1985	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	1006153	Nº		Data Prescrição	08/06/2017 23:05:15
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho					Leito			Prescrição válida a	08/06/2017 23:05:15

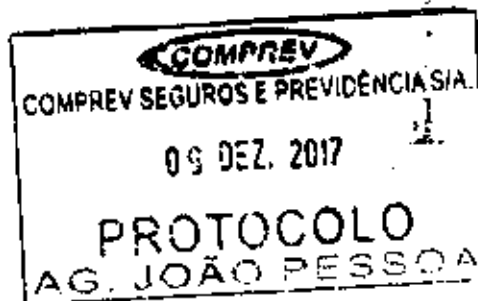
MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nº	do medicamento	Dose	0.0	Observação	TCE
1	SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA				
2	SOLICITAÇÃO DE PARECER DE NEUROCIRURGIA				

08 de Junho de 2017

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
CRM: 710187

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332185700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 21/06/2017 10:08:21

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento + 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 709708007216480
Tempo de Internação 11d 15h 38min	Convênio SUS	Prontuário 102465	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 21/06/2017 10:08:15)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#TCE 08/06/17

GCS 13 - DISFASIA IMPORTANTE

CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

TC 15/06- CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA EM ABSORÇÃO FINAL+ EDEMA

QUADRO CLINICO MANTIDO, SEM INTERCORRÊNCIA CLINICA

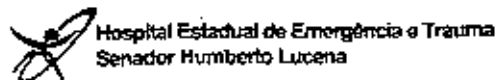
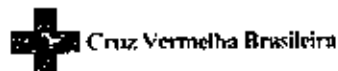
CD: ALTA HOSPITALAR COM PRESCRIÇÃO(DAPIRONA/DICLOFENACO/TYLEX/HIDANTAL) + ATESTADO E ORIENTAÇÃO PARA AMBULATORIO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02

Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2456276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 20/06/2017 09:33:52

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída ..
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 709708007216490
Tempo de Internação 10d 15h 3min	Convênio SUS	Prontuário 102465	Plano DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 20/06/2017 09:33:38)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#TCE 08/06/17

GCS 13 - DISFASIA IMPORTANTE

CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

RECUSA ATENDIMENTO MEDICO

TC 15/06: CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA EM ABSORÇÃO + EDEMA

CD: TC CRANIO + LAB PARA PROGRAMAR ALTA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela Informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332185700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 19/06/2017 11:38:41

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 709708007218490
Tempo de Internação 9d 17h 8min	Convênio SUS	Prontuário 102465	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 19/06/2017 11:38:28)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

GCS 13 - DISFASIA IMPORTANTE

CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

CONDUTA: SOLICITO TC + LAB CONTROLE

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA - MANTIDO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02

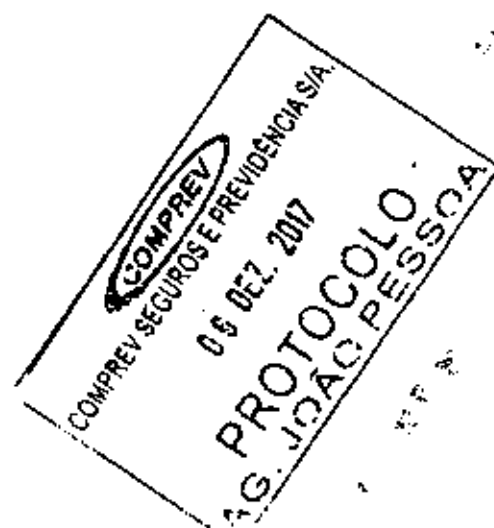
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

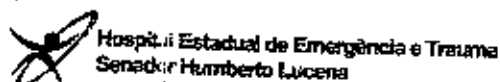
Gustavo Victor Neves Porto

CRM: 7650/PB

Neurocirurgião

Número Conselho: 7650





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 17/06/2017 08:20:42

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 709708007216490
Tempo de Internação 7d 13h 50min	Convênio SUS	Prontuário 102465	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATAO MONTE RASO - 17/06/2017 08:20:36)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

GCS 14 - CONFUSO

CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

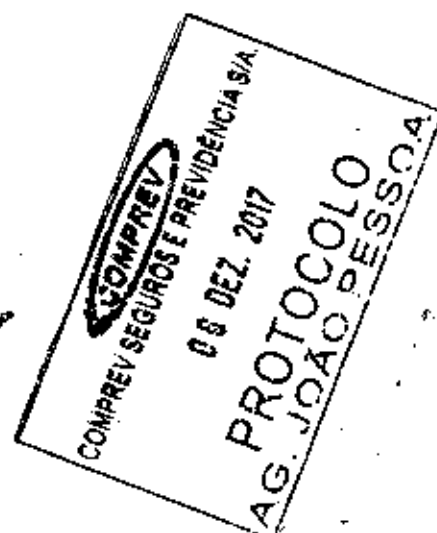
TC: 15/06 - CONTUSÃO ESTÁVEL COM EDEMA HEMISF ESQ

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA - MANTIDO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Tomas Catao Monte Raso
Assessoria
CRM/PA 7742

Número Conselho: 7742





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPES: 2458276 - Tel: 8332185700Impresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 16/06/2017 11:26:00

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 709708007216490	Prontuário 102485
Tempo de Internação Ad 18h 55min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TOMAS CATAO MONTE RASO - 16/06/2017 11:25:54)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

TCE 08/06/17

GCS 14 - CONFUSO

CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

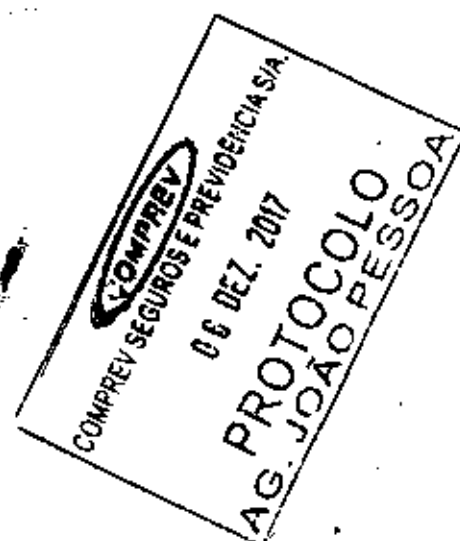
TC: 15/06 - CONTUSÃO ESTÁVEL COM EDEMA HEMISF ESQ

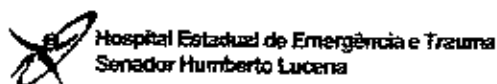
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA - MANTIDO

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02

Profissional responsável pela Informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Número Conselho: 7742

Tomas Catao Monte Raso
Neurocirurgia
CRM PB 7742



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 14/06/2017 10:50:06

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 709708007216490
Tempo de Internação 4d 16h 20min	Convênio SUS	Prontuário 102465	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 14/06/2017 10:50:01)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

GCS 13 - DISFASIA IMPORTANTE

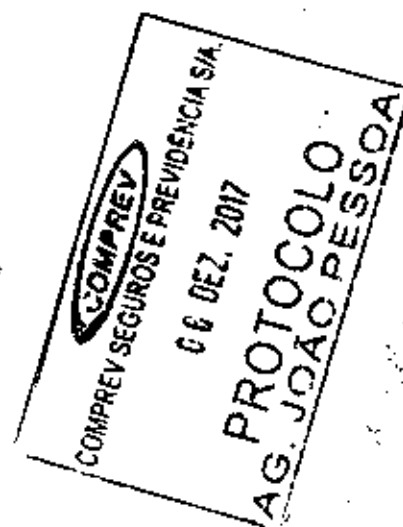
CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

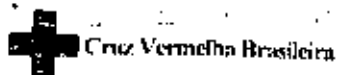
CONDUTA: SOLICITO TC + LAB CONTROLE

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA - MANTIDO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela Informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
ELLEN DE MOURA AGRA
Em: 13/06/2017 12:18:22

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 3d 17h 48min	Convênio SUS		Prontuário 102465
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (THAISE ELLEN DE MOURA AGRA - 13/06/2017 12:18:18)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

GCS 14, PIFR

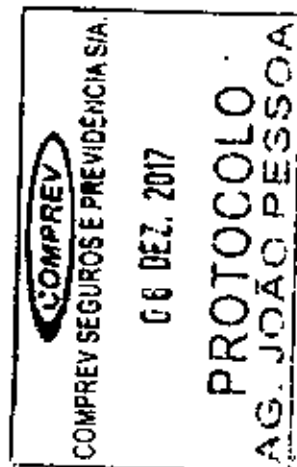
CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

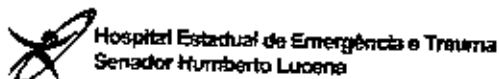
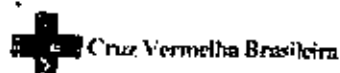
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA - MANTIDO

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02

Profissional responsável pela informação: THAISE ELLEN DE MOURA AGRA

Número Conselho: 5247





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 12/06/2017 11:22:22

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 16h 52min	Convênio SUS		Prontuário 102465
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 12/06/2017 11:22:12)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

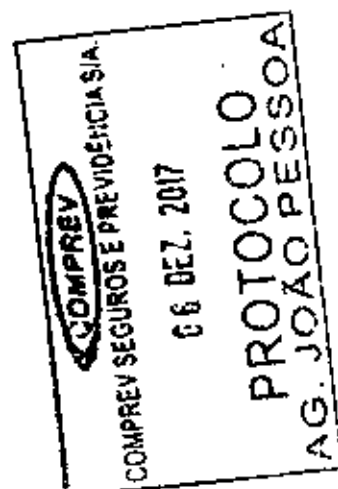
GCS 14, PIFR

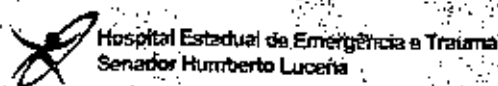
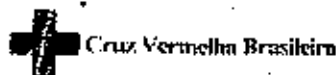
CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT - CT 11/6 - ESTÁVEL

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Gustavo V. Neves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião
Número Conselho: 7650





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 11/06/2017 12:48:12

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 16h 16min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 11/06/2017 12:48:01)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

GCS 14, PIFR

CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT

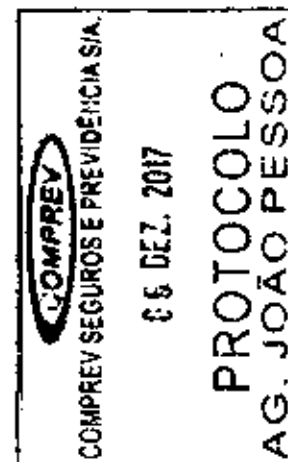
CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA + CT CONTROLE

ct controle não foi realizado ontem - solicito que seja realizado para reavaliação do paciente

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Gustavo Victor Neves Porto
CRM: 7650/B8
Neurologia

Número Conselho: 7650



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2456276 - Tel: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 10/06/2017 10:13:11

Paciente EDSON SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1006153	Data/Hora Entrada 08/06/2017 22:53:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/02/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 15h 43min	Convênio SUS	Prontuário 102465	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 10/06/2017 10:13:01)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TCE 08/06/17

GCS 14, PIFR

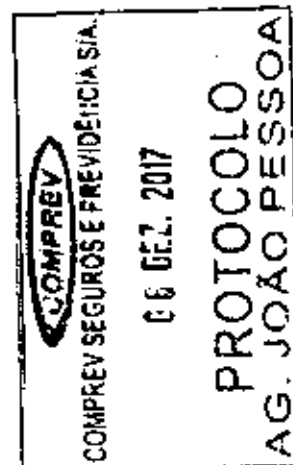
CT 08/06/2017: CONTUSÃO TEMPORAL + HSAT

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA + CT CONTROLE

Seção: ÁREA LARANJA - VDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7550

Gustavo Victor Neves Porto
CRM 1650/PB
Neurocirurgia

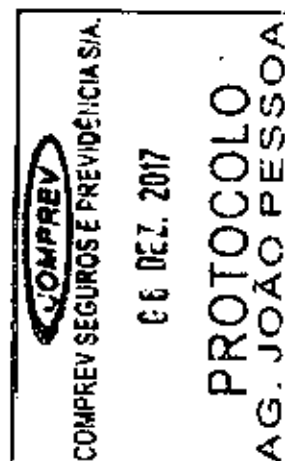


Documento de Alta

Nome: EDSON SILVA DOS SANTOS			Número Prontuário: 102465
Data de: 28/02/1986	Sexo: Masculino	Data de Internação: 09/06/2017 18:30:32	Data de Alta: 21/06/2017 10:08:32
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA DA NEUROCIRURGIA			
Resumo da Internação: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 08/06/17 ECG 13 COM DISFASIA MOTORA IMPORTANTE TC CRANIO SERIADA - CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA EM FASE FINAL DE REABSORÇÃO MOBILIZA 4MM SEM DEFICIT APARENTE			
Resultado de Exames: FAST Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal. Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma TC CRANIO (08/06) Pequenas contusões parenquimatosas na região temporal esquerda, associado a pneumoencefalo. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Sinais de hemorragia subaracnóidea. Sinais de hematoma subdural laminar na região temporal e frontal esquerdas. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. TC SEIOS DA FACE: Fraturas nas mastóides, associado a conteúdo hemático preenchendo suas células. Material denso no interior dos seios frontal direito, células etmoidais e seios esfenoidais, podendo corresponder a hemossinus. Aeração normal das demais cavidades paranasais. Estruturas ósseas conservadas. Septo nasal sem desvios expressivos TC CRANIO 15/06 - Área hipodensa mal definida na projeção temporal A esquerda com discretos focos de transformação hemorrágica subaracnóide de permeio. Demais segmentos de parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais			
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR			
Diagnóstico: S06.3 - Traumatismo cerebral focal			
Recomendações: REPOUSO POR 90 DIAS ORIENTAÇÃO PARA AMBULATÓRIO DO HTOP - NEUROCIRURGIA			

Data: 21/06/2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
CRM: 5247 - PB





GOVERNO
DA PARAIBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: EDSON SILVA DOS SANTOS

Data: 21/06/2017 10:14:30

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 32

BAE: 1006153

USO ORAL:

DIPIRONA 1G ——— 01 CX
TOMAR 1CP VO 6/6H SE DOR

DICLOFENACO 50MG ——— 01 CX
TOMAR 01 CP VO 8/8H SE DOR

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

16 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
5247/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

Unidade de Saúde

HEETSML - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

Paciente

EDSON SILVA DOS SANTOS

NP Cartão do SUS
709706007216-100

Endereço do paciente

Sítio SÍTIO QUATIJERAMA, SN, ITAPOROROCA-PB-58275000

Recatatório de Controle Especial

USO ORAL

1 - FENITOINA (HIDANTAL) ————— 03 CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 8/8H (6/14/22H)COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

06 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

21/06/2017

Data

Dr. THAISE ELLEN DE MOURA AGRA
52471PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____

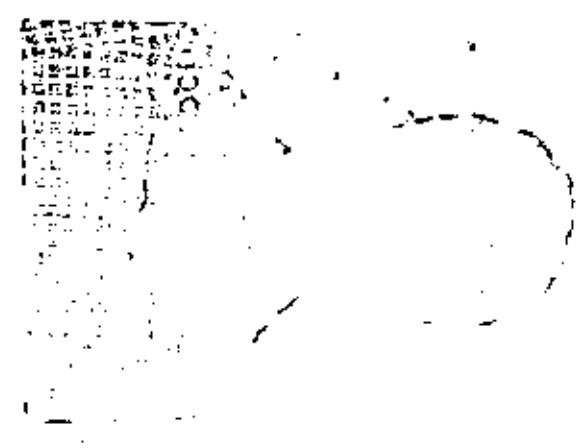
Data _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917



Edson Silva dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODOS OS TERMOS

REGISTRO GERAL 2820816

NOME EDSON SILVA

José Pedro dos Santos

Suzete Felipe da Silva

Mamanguapó

Port. Nasc. 7351. Fls. 253-254

DE ORDEM

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.110 DE 1983

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

06 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

053.042.684-66

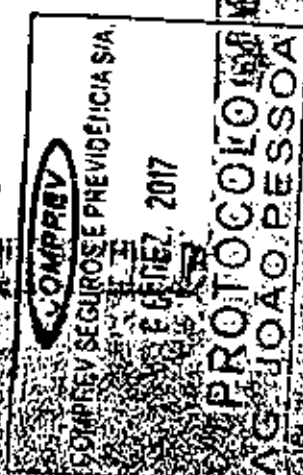
Nome

EDSON SILVA DOS SANTOS

Nascimento

28/02/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.506/94)



ASSINATURA DO TITULAR

Documentos de identificação



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO

RICARDO HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

JOÃO PESSOA - PB

3-148-027 SSP/PB

07-054-384-99

01-07/05/2015

PAULO ANTONIO MATA E SILVA
PRESIDENTE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

08 DEZ. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653753 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/06/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM HEMATOMA SUB ARACNOIDEO, PNEUMOENCÉFALO E FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ, TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA EM UTI E ENFERMARIA E QUE EVOLUIU COM HEMIPARESIA FACIAL DIREITA, DEFORMIDADE ANATÔMICA DO OSSO NASAL, FOTOFOBIA, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE, DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO, CEFALÉIA CRÔNICA COM USO CONSTANTE DE ANALGÉSICOS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/01/2018

Conduta mantida:

Observações: OBS - DEFICIT FUNCIONAL LEVE

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE

DESPESAS DE OPORTUNIDADE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Edem Silva dos SantosDATA DO ACIDENTE 08/06/2017CPF DA VITIMA 053.042.568-66

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VITIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio QuatigueraNº 214 COMPLEMENTO Zona Rural BAIRROCIDADE Itapetininga UF PI CEP 58235-000E-MAIL ccf.oliveira@gmail.com TELEFONE (83) 98849-553083 99143-0353

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) 053.042.568-66☒ LAUDO ~~DO~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) Gama☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Edem Silva dos SantosExceção / Sujeito

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

NOTA: O PRECATORIO DE INDENIZAÇÃO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NÃO É O ÚNICO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

VIS VINCULADA ÀS DESPESAS DE OPORTUNIDADE

INDENIZAÇÃO REALIZADA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAS

() NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACIONARIAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (OAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/12/2017IDENTIDADE 22.74.2.003/03ASSINATURA Edem Silva dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 06/12/2017IDENTIDADE 00000000000000000000000000000000ASSINATURA Outros

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edson Silva dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Agricultor Nº DO RG: 28.20816
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 21/09/2000
Nº CPF: 053.042.684-66 ENDEREÇO: Sítio Quatigebra, s/nº
Rua Rural, Itapororoca - PB

OUTORGADO: Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: advogado Nº DO RG: 3148.021
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/16
Nº CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: Av. Coelhos, nº 112,
Centro, João Pessoa - PB

PODERES:

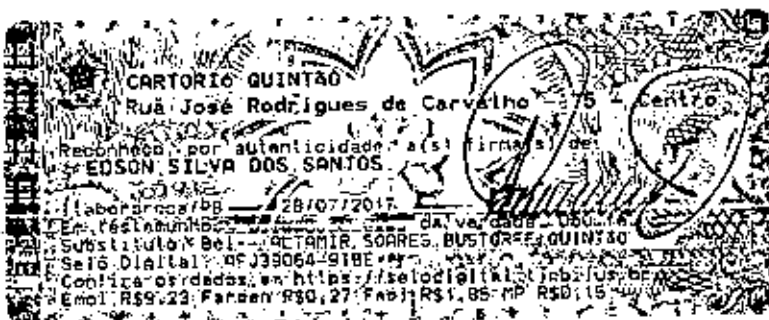
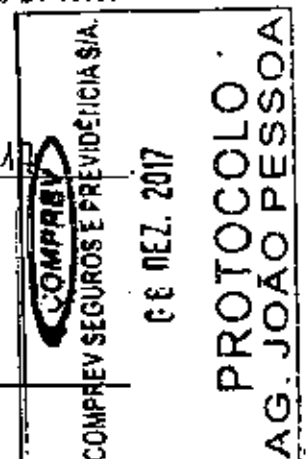
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Edson Silva dos Santos, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Itapororoca - PB 28 de Julho de 20 17

CARTÓRIO
QUINTÃO

Edson Silva dos Santos
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Procuração

