

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180056999

Vitima: ROGERIO LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180056999**.

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



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO LOPES DA SILVA

Sinistro: 3180056999

Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180056999** 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, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180056999

Vitima: ROGERIO LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180056999**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 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

054.240.594-65

Nome completo da vítima

Rogerio Lopes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Rogerio Lopes da Silva

CPF titular da conta

054.240.594-65

Profissão

RECLUSO

Endereço

RUA ALMIRANTE BARROSO

Número

284

Complemento

BL LAR 410

Bairro

LIBERDADE

Cidade

CAMPINA GRANDE

Estado

PARAÍBA

CEP

58100-000

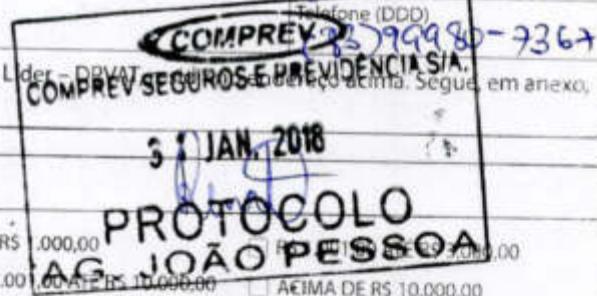
Email

ico_oliveira@hotmail.com

Telefone (DDD)

(23) 99980-7367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, que o endereço acima, Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.


FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECLUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.000,01 ATÉ R\$ 10.000,00

 R\$ 10.000,01 ACIMA DE R\$ 10.000,00

 R\$ 10.000,01 ACIMA DE R\$ 10.000,00

 R\$ 10.000,01 ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

N.R.C.

D/V

CONTA

N.R.C.

D/V

2221

36579

2

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.C.

 CONTA N.R.C. D/V

 CONTA N.R.C. D/V

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO
DATA DE DEPOSITO: 27/12/2017 HORA: 11:50:01
TIPO DE OPERACAO: DEPOSITO 26/12
VALOR: 0000656496
NOME: Andre
AGENCIA: 2221
CORRIDA: 013 000365/9-2
TIPO: ROGERIO LOPES DA SILVA
VALOR: 
COD OPERACAO: 101609705

2017/12/26 11:50:01 7530
TOURISQUE CAIXA 0800 72
6 0101 OUVI

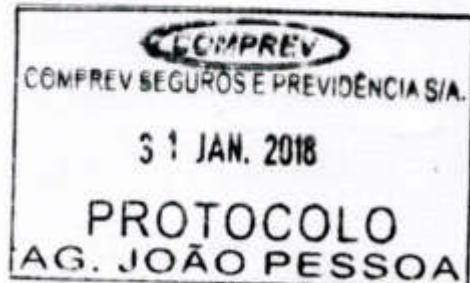
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
ACAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 DIAS
DESCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITIO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG
S

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ovidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00425.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 12/11/2017

Hora: 18:16:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Assis Chateaubriand, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Rogério Lopes da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Mari Rosalia Lopes da Silva e Esmervaldo Mateus da Silva
	Idade: 54
	Data de Nascimento: 02/05/1963
	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado
TESTEMUNHA	Profissão: Tosador
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 054.240.594-65
	Endereço: Rua Almirante Barroso, 284, Quarenta, Campina Grande, PB
	Complemento: Bloco, L, APTº 410
	Telefone: (83) 98888-9069
	Nome: Paulo Monteiro
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Alves de Araújo e Antonio Monteiro
	Idade: 55
VITIMA	Data de Nascimento: 26/11/1962
	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado
	Profissão: Vendedor Ambulante
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 3301748 SSP/PB
	Endereço: Rua Travessa Tito Sodré, José Pinheiro, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98725-8891





TESTEMUNHA

Nome: José Igo Oliveira de Almeida
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Genilda Oliveira de Almeida e Egidio Ferreira de Almeida
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 10/02/1986 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Consultor
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 064.483.534-61
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99980-7367

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo BIZ 125 KS, tipo de veículo Motoneta, cor Preta, ano 2010, placa NQB-7290, chassi 9C2JC4210AR105545, renavam 0018199908-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2009/2010, cor preta, Placa NQB7290-PB, Chassi de Nº 9C2JC4210AR105545, licenciada em nome de Valdir Pereira, quando trafegava na rua Avenida Assis Chateaubriand, bairro da Liberdade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado, que vinha em sentido contrário, fez uma entrada proibida a esquerda, interceptando o curso do moto em que o comunicante seguia, tendo a vítima colidido no citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura de tornozelo do pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 22 de dezembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ROGERIO LOPES DA SILVA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPRESSEURS E PREVIDÊNCIA S/A

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

Rogerio Lopes da Silva

CPF da Vítima

054.240.594-65

Data do Acidente

12/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

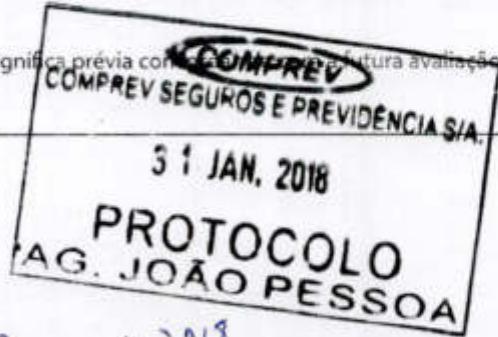
Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 Lider 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.

Dedico ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia consentimento à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



CAMPINA GRANDE, PB, 29 de TANRIO de 2018

Local e Data

Rogerio Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

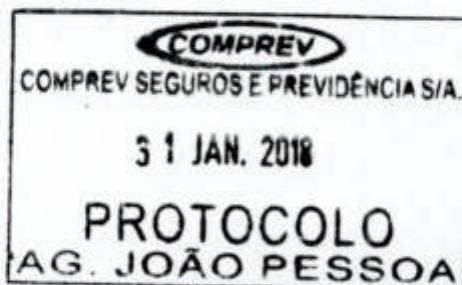


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 12/11/2017	HORA: 18:16 HS	ID Nº: 1652054
NOME: ROGERIO LOPES DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ASSIS CHATEAUBRIAND		
COMPLEMENTO: LIBERDADE		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 18 de dezembro de 2017.



Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROGERIO LOPES da SILVA,

RG nº 3044180, data de expedição 1/1/18, Órgão SSP-PB,

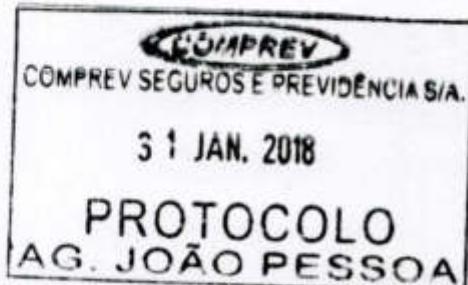
CPF nº 054.240.594-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Almirante BARROSO</u>
Número	<u>284</u>
Apto / Complemento	<u>BL LAP 410</u>
Bairro	<u>Liberdade</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(73) 99980-7367</u>
E-mail	<u>IGO_Oliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE, PB, 29-01-18

Assinatura do Declarante: rogerio Lopes da Silva



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Pereira,
RG nº 742 692, data de expedição 1/1, Órgão
portador do CPF nº 274.854.114-91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAÍBA, onde
resido Peregrino de na Carvalho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - Centro, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopes da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopes da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda biz 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9E2JE4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

5º Ofício

Valdir Pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por ALITÉTICIDADE)



Rogério Lopes da Silva

REGINA FRANÇA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira,
VALDIR PEREIRA

La testudo verdade. Caxias Grande-PB 11/01/2018 11:30:14
Daniela de Almeida - Escrivente

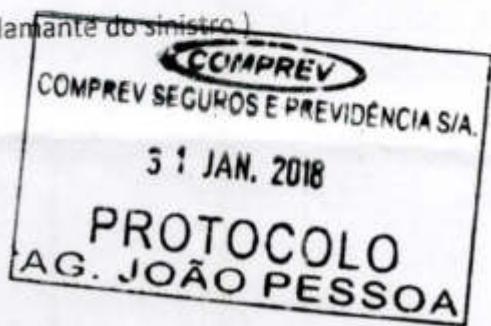
2018-0001633001-RS 19,40 FERJINR 0,28 FERJINR 1,90 ISSQN 0,47

SOLO DIGITAL: RODV3320-PAC0

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DANIELA DE ALMEIDA

Escrivente Autorizada



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Pereira,
RG nº 742 692, data de expedição 1/1, Órgão
portador do CPF nº 274.854.114-91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAÍBA, onde
resido Peregrino de na Carvalho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - Centro, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopes da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopes da Silva.

Veículo: Moto

Modelo: honda biz 125

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQB 7290

Chassi: 9E2JE4210AR105545

Data do Acidente: 12/11/2017

Local e Data: AV assis Chateaubriand

5º Ofício

Valdir Pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por ALITÉTICIDADE)



REGINA FRANÇA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de

WILDIR PEREIRA

Em testada verdade. Cidade Grande-PB 11/01/2018 11:30:14

Daniela de Almeida - Escrivane

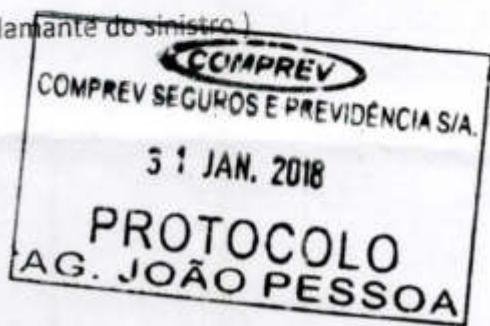
2018-0001633001-RS 19,40 FERJINH 0,28 FERJINH 1,90 ISSQN 0,47

SOLO DIGITAL: RODV3320-PAD0

Confira a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DANIELA DE ALMEIDA

Escrivane Autorizada





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

(Aju)

Ficha de Acolhimento

Name:	Rocério Lopes Júnior		
End:	R. Presidente Dutra 14 milha, Bessa, Bairro Liberdade		
Data de Nascimento:	08-05-03		
Querixas:	Nasceram 2 filhos		
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	16/16		
Pressão arterial:	120/80 mmHg		
Posagem de HGT:	Normal		
Desambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca		

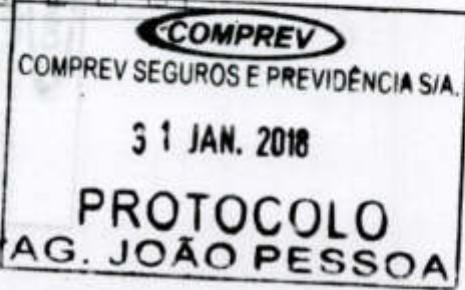
MOD. 110

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



Data da internação: 12/11/2017 Hora: 19:54:19

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROGERIO LOPES DA SILVA6 - N° DO PRONTUÁRIO
15417347 - CARTÃO DO SUS
7029015622898728 - DATA DE NASCIMENTO
02/05/19839 - SEXO
Masc Fem
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 8312 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA , 284 , LIBERDADE14 - CÓD. INSC. MUNICÍPIO-15 - UF
250400 PB 16 - CEP
5840000213 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DIURIA / ANURIA / HEMORRAGIA
DOZ 0 C. M. 7-2017-2000 02/2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS 10 MAIS

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

ANAMNÉSIS / CRANIAL / FÍSICO + RADIOLÓGICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FMS. MIGRA 02/2017-2000 7-2017-201421 - CID 10 PRINCIPAL
650/652

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

02/2017-2000 7-2017-2014

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

02

980016002656095

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO DE MOURA SPA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/11/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO SÍLHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

() VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

COMPREV

COMITÊ DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JAN. 2018

PAG.

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

REDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE INSUMAS

CIDADE

C. CRUZEIRO

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

KOGOM LOPES P. SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

1541692

Nº AL.H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TM: Placa de Titina x 10x60

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa 3,5 Titina 07F.

01

Pla. Titina 35 x 18

03

DATA DA UTILIZAÇÃO

17/11/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

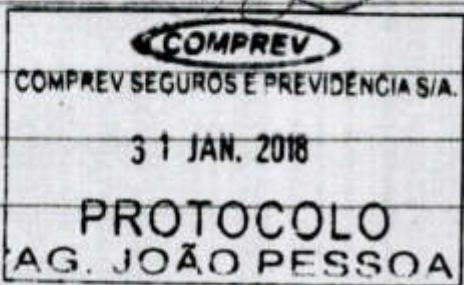
OBSERVAÇÕES

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

Dr. Riosano Lopes - 1
Dr. J. L. Lopes - 1

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Am



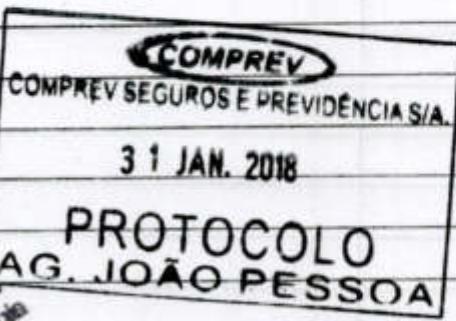
Dr. Júlio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Wagens Lopes da Silva	Enf.	0182	Leito Extra 1
Data da Operação 17/11/17	1º Auxiliar	D. Júnior (M&P)	
Operador Dr. Ricardo Amorim	2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador André
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Fr TNE E			
Tipo de Operação Ortopédica			
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato Né			
Acidente Durante a Operação Né			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em ODL sob anestesia
 2) Aspira + Antissepsia + campo estéril
 3) Incisão lateral TNE e fós planos + itemostesia
 4) Reduções cruento de fós de Fratura + fixação
 com placa teca tubular + furos profundos + 3 parafuso
 (corpo proximal).
 5) Habis Fr (15F 0.9%).
 6) Sutura fós planos
 7) Curativo



Dr. Julio Cesar Castro
 Impedida e Traumatologia
 CRM/PB-9966



Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA
 Dr(a): FABIO DE MOURA SPA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000369052 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 13-11-2017 10:52 Origem: ÁREA AMARELA
 Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23
 Material: Sangue
 Método: Duke

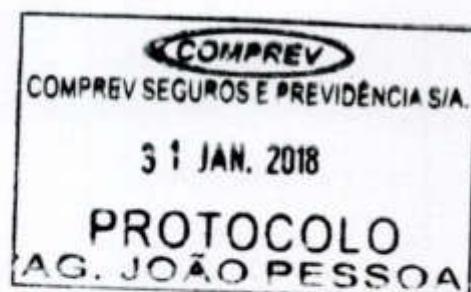
Valores de Referência:
 De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 8'00'' min

DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23
 Material: Sangue
 Método: Lee-Wilte

Valores de Referência:
 De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Boticário
 Biomédico
 CRM 5406





Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA
Dr(a): FABIO DE MOURA SPA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000369052 RG: NÃO INFORMADO
Data: 13-11-2017 10:52 Origem: ÁREA AMARELA
Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

GLICOSE (JEJUM)..... 82 mg/dl

DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23 : 1

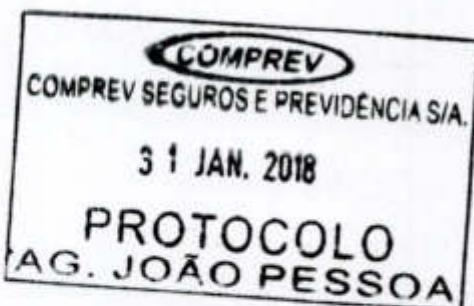
Material: Plasma

Unidade: Automatizada CM 200 WIESER

Valores de Referência:
Pré-termo...: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL
Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 100 mg/dL
1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 110 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum...: 110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.
NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

CFB/Biba

Carlos Felipe Souza de Menezes Beltrão
Biomédico
CRM 5409



Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA
 Dr(a): FABIO DE MOURA SPA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000369052
 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 13-11-2017 10:52 Origem: ÁREA AMARELA
 Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:19)

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

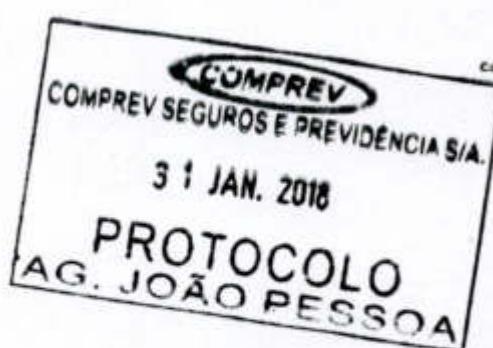
Eritrócitos.....	4.69 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hemaciocrito.....	42 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	8.700 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	261
Segmentados.....	74,0	6.438 40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	2,0	174 0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Tipicos.....	18,0	1.566 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	261 2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	180.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES.....

Contagens repetidas e confirmadas.

*CFB/Beta*Carlos Felipe Souza da Nóbrega Beltrão
Biomédico
CRM: 6409

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rosângela de Souza | Registro: | Leito: Ex. 3 | Setor Atual: UTI II

2 AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 72 bpm; FR: 13 irpm; PA: 130/80 mmHg; FC: 100 bpm; SPO2: 98 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () OutroGLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia | Local: Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.Obs: COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % | l/min () Traqueostomia () Aire/Tubo T | 31 JAN. 2018
() VMNI () VMI TOT nº | Comissura labial nº | FiO2 % | PEEP cmH2O() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () AG. JOÃO PESSOARuidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rosane Leopoldo da Silva | Registro: 8114 | Leito: 3 | Setor Atual: OUT 33

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min | **COMPRESSEURS E SECURISATION TUBE T
COMPRESEURS E SECURISATION TUBE T**
| VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O
 Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros: Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D ERuidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros: Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água.Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

**COMPRESSEURS E SECURISATION TUBE T
COMPRESEURS E SECURISATION TUBE T**
31 JAN. 2018

**PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA**

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Rogerio Lopes*

Registro:

Leito: *6x1*

Setor Atual:

OTT-IL

AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
 GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Túbo I
 () VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP **COMARÉV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

Eupnêia: () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuidos () D () E **31 JAN. 2018**

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Oitros:

Tosse: () Improdutiva () Produtivâ Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de torax: ()

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PROTOCOLO
JAG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

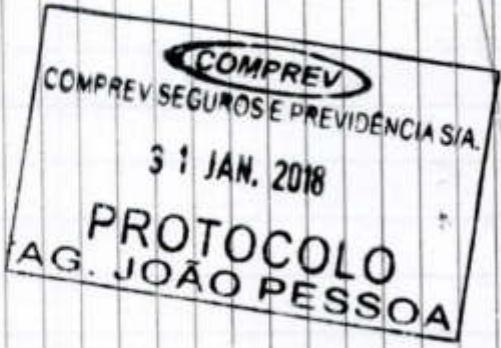
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Reginaldo da SilvaAlojamento 3Leito 3Convênio 0

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Reginaldo da Silva22/08/2006Ók paraReginaldo da SilvaÓk paraDr. Agnaldo CruzDr. Luiz Gonzaga FernandesCHIRURGO-DENTISTAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente **RODRIGO LOPES**

Alojamento **23** Leito **1** Convênio

Data **17/11/2016** Prescrição Médica

Horário **06:00** Evolução Médica

DR. RICARDO BENTO
DR. RICARDO BENTO
DR. RICARDO BENTO

Dr. Wagner Felicio
Cirurgião e Traumatologista
CNPJ 00.000.000/0001-00

Dr. Wagner Felicio

Dr. Wagner Felicio
Cirurgião e Traumatologista
CNPJ 00.000.000/0001-00



Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ex.	1002
-----	------

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Enfermaria	Leito	Evolução Médica
10	Dieta livre	14h			
10	500g de carboidrato em 24hs	14h			
10	Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs	14h			
10	Omeprazol 40 mg EV / dia	14h			
11	Tilatil 20mg EV 12/12hs	14h			
11	Tramadol 200mg SF EV 8/8hs SN	14h			
11	Plasil 2ml + AD EV 8/8hs SN	14h			
11	Chloroquine 500mg/dia	14h			
11	SSWV + CCGG	14h			

10	1002	14h	1002	14h	1002
10	1002	14h	1002	14h	1002
10	1002	14h	1002	14h	1002
10	1002	14h	1002	14h	1002
10	1002	14h	1002	14h	1002
11	1002	14h	1002	14h	1002
11	1002	14h	1002	14h	1002
11	1002	14h	1002	14h	1002
11	1002	14h	1002	14h	1002
11	1002	14h	1002	14h	1002



PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura: Dr. Edmundo
Data: 31/01/2018

Assinatura: Dr. Edmundo
Data: 31/01/2018

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Logino LogAlojamento Quarto Leito T Convênio

Prescrição Médica

Data 17/11

1. DIETA LIVRE APÓS IRPA

2. SE 0,9% 1500ML EV PI 24H

3. OXACILINA 2G + 100ML SE EV 6/6H

4. GENILAMICINA 240MG + 100ML 5G 5% EV 1X DIA

5. DIPRIVONA 1g+ABD EV 6/6H

6. TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H

7. MAISFORON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SH

8. TILATIL 200MG + ABD EV 8/8H SH

9. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM IELUM

10. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

11. MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H

12. CUBATIVO 1X DIA

13. RADIOGRAFIA DE CONTROLE

14. SSNA4CCGG

Horário

"OH

POI

MORTOPÉDIA

Paciente submetido a procedimento cirúrgico
ortopédico sem intercorrências.

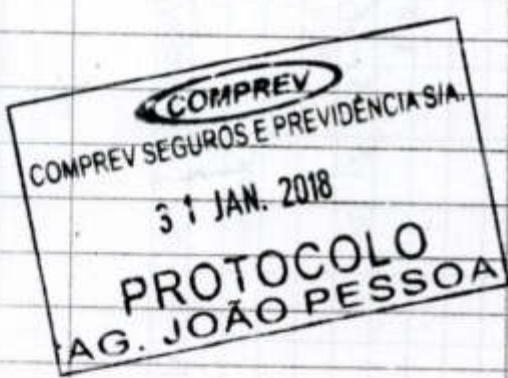
No momento em IRPA

Condução: RX (an 60) 0Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965



130x8 mm
Pcte comum e orgânico
100% reciclado

16/11/16



Comprev Seguros e Previdências S.A.
Av. Presidente Vargas, 1000
Cidade Industrial - João Pessoa
23030-120
(83) 3222-1000

Data	Hora	T	P	K	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/11/11	14:30					139/60	Recomendado uso de enemas	

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

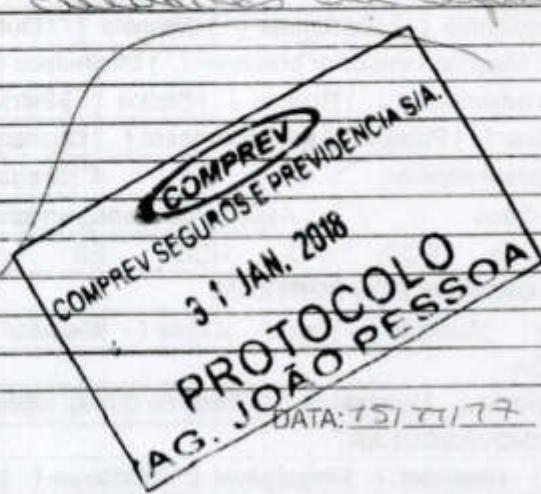
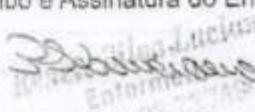
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSD Data da punção 17/11/17	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Céquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: _____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input checked="" type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: _____ / _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> COMPREV COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA SIA 31 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Januário L. C. Gondim</i> ENFERMEIRA COREN PB 508.860	
DATA: 17/11/17 HORA: 17:00 h	

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Cianose (<input type="checkbox"/> Sudorese (<input type="checkbox"/> Fria (<input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/> < 3 segundos, (<input type="checkbox"/> > 3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais? Precordialgia (<input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/> Rítmica (<input type="checkbox"/> Arritmica (<input type="checkbox"/> Sopro (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório (<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico (<input type="checkbox"/> Central (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSG</u> Data da punção <u>14/11/17</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS (<input type="checkbox"/> MMII (<input type="checkbox"/> Face (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido (<input type="checkbox"/> Emagrecido (<input type="checkbox"/> Caquético (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/> Completa (<input type="checkbox"/> Incompleta (<input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO (<input type="checkbox"/> SNG (<input type="checkbox"/> SNE (<input type="checkbox"/> Gastronomia (<input type="checkbox"/> Jejunostomia (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: (<input checked="" type="checkbox"/> Inapetência (<input type="checkbox"/> Disfagia (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/> Vômito (<input type="checkbox"/> Pirose (<input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/> Normotensão (<input type="checkbox"/> Distendido (<input type="checkbox"/> Tenso (<input type="checkbox"/> Ascítico (<input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/> Normoativos (<input type="checkbox"/> Ausentes (<input type="checkbox"/> Diminuídos (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Líquida (<input type="checkbox"/> Constipado há dias (<input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Retenção (<input type="checkbox"/> Incontinência (<input type="checkbox"/> Hematuria (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h	
Aspecto: (<input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra (<input type="checkbox"/> Ressecada (<input type="checkbox"/> Equimoses (<input type="checkbox"/> Hematomas (<input type="checkbox"/> Escoriações (<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Ictérica (<input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: (<input type="checkbox"/> Úmidas (<input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Independente (<input type="checkbox"/> Dependente (<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/> Acamado (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
Preservado (<input type="checkbox"/> Insônia (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada (<input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/> Cooperativo (<input type="checkbox"/> Medo:	
Ansiedade (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/> Praticante (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ENFERMEIRA</u> DATA: <u>16/11/17</u> HORA: <u>11:30</u> h	

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos: <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Supro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input checked="" type="checkbox"/> V. Se <input type="checkbox"/> Data da punção 14/11/11 <input type="checkbox"/> n.º 20	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: <i>Desambulando com apoio</i>	
SONO E REPOUSO	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <i>Evangelico</i> <input checked="" type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Paciente aguarda cirurgia, sem quaisquer maiores momento e segue as orientações da equipe.</i></p>	
<div style="text-align: center;">  </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S.A.

31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
21/11/2018
ASS. Comendador

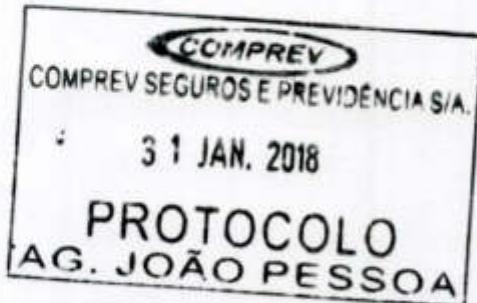
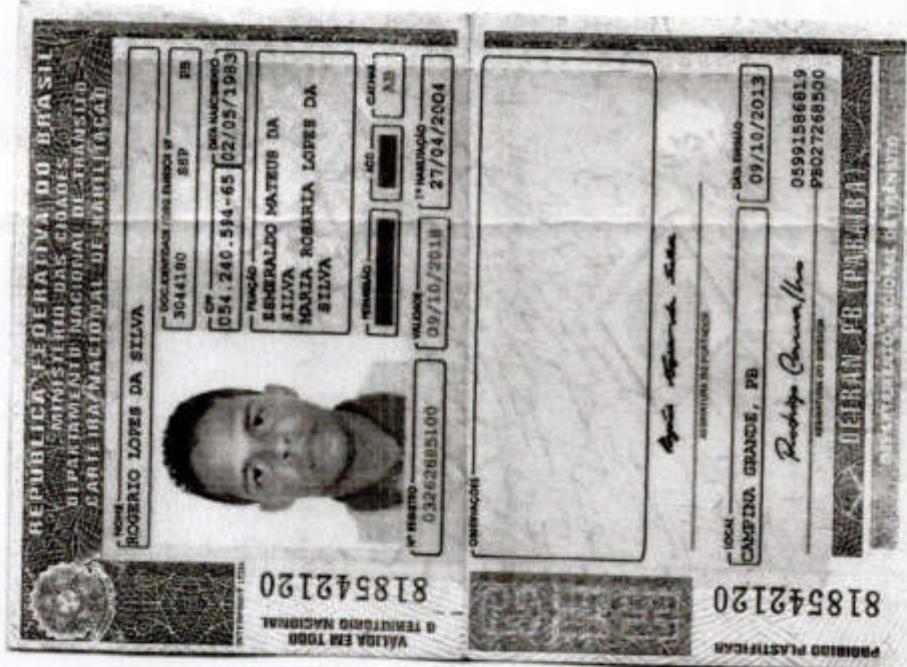
violento

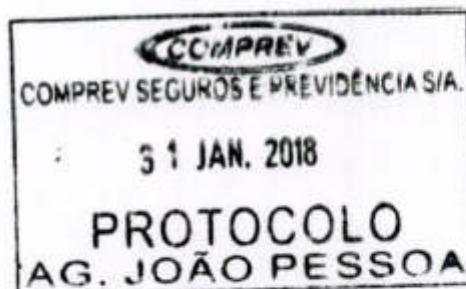
For the next two weeks we will be

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

Centro cirúrgico	CBO	IDADE
<input checked="" type="checkbox"/> Internação (setor)	<input checked="" type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> A revésia	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	<input checked="" type="checkbox"/> Óbito	





**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): **ROGERIO LOPES DA SILVA** Sinistro: **3180056999** Data: **12/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Almirante Barroso, 284, BLLAP410 - Liberdade - Campina Grande - PB - CEP 58414-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ssp /PB] 3044180**

Data local do exame: **[22/02/2018] Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO . ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E RETRAÇÕES.**

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. **ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.**

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

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

(**X**) "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):

% 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

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.



Rodrigo Porto Amorim Guedes - CRM: 6321 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML COMPLEMENTAR

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO. ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E
médico pericial: RETRAÇÕES.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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:

