



Número: **0800710-29.2018.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **29/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS (AUTOR)		ANTONIO JOALISON DE ARAUJO MORAIS (ADVOGADO) DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA (ADVOGADO) NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
F. D. D. S. (AUTOR)		ANTONIO JOALISON DE ARAUJO MORAIS (ADVOGADO) DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA (ADVOGADO) NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36790 423	18/11/2020 12:01	2765858_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2017

Carta nº: 11531373

A/C: JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452912 ASL-0320251/17
Vitima: FERNANDO DANTAS DOS SANTOS
Data Acidente: 03/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01665/01666 - carta_01



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2017

Carta nº: 11534325

A/C: JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452912 ASL-0320251/17
Vítima: FERNANDO DANTAS DOS SANTOS
Data Acidente: 03/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 17/08/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 03/12/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01065/01066 - carta_03



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11875066

A/C: JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS

Sinistro: 3170452912 ASL-0320251/17
Vítima: FERNANDO DANTAS DOS SANTOS
Data Acidente: 03/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

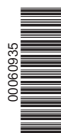
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01869/01870 - carta_02



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11899870

A/C: JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS

Sinistro: 3170452912 ASL-0320251/17
Vítima: FERNANDO DANTAS DOS SANTOS
Data Acidente: 03/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00247/00248 - carta_04



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu, Elizama Santos dos Santos

PORTADOR DO RG Nº 2-293-336

EXPEDIDO POR SSPIPB

EM 09/09/2016

CPF 028326054-58 (CNPJ 000000000000000000)

E RENDA MENSAL DE R\$ 537,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fernanda Santos dos Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

IMPORTANTE Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

RECEBIDO

17 ABO 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2444-4

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

GRUPO SEGURADOR

BRASILPARVÉ

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2444-4

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9310-5

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

Picuí - PB, 19 de Abril de 2017

LOCAL E DATA

Elizama Santos dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a seguinte ordem: cônjuge, filhos, pais, irmãos, etc.) ou indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela do seguro prevista na Lei 14.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.000,00 em caso de despesas com tratamentos hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse www.brasilparve.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SISB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/05/2017 Autoatendimento - 09:40:59
244172203 0759

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO	
CLIENTE	JOSEFA FLAVIA D SANTOS
AGENCIA:	2441-4
CONTA:	7.310-5
VARIACAO	51
VALOR TOTAL =	2,00
NR. ENVELOPE	2.667.282.467

* Valor sujeito a conferencia.

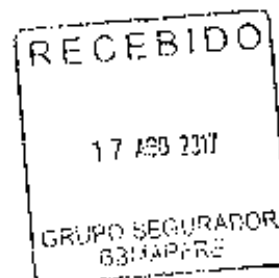
= Dados do Envelope: n° 2.667.282.467

= realizado em: 17/05/2017, na Agencia 2441-4.

DECLARO-NE CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/06/2017 - Autoatendimento - 10:45:22
244172201 0180

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA CURU/POUPEX

AGENCIA: 2441-4
CONTA: 7.310-5
VARIACAO: 51
CLIENTE: JOSEFA FLACILMA D SANTOS

DATA	DT. BS	HISTORICO	VALOR
Junho/2017			
0506		Saldo ant.	153,11 C
1206	25	SA. REDE COMP	100,00 D
1606	17	JUROS	0,01 C
2006	17	SAQUE	50,00 D
20/06 10:43 SAA-PTDSE			
DISPONIVEL			3,12 C
VLR. BLOQUEADO			0,00 D
SALDO TOTAL			3,12 C

SALDO POR DATA BASE

23	2,34 C
25	0,78 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 643/2014

HORA DO FATO: 12h e 45min

DATA DO FATO: 03/12/2014

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

ÀS 14h e 12min

DO DIA 03/12/2014

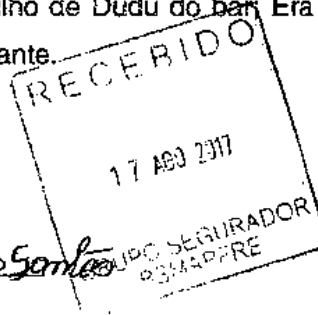
O COMUNICANTE(QUALIFICAÇÃO): JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS, brasileira, solteira, pescadora, natural de Picuí/PB, nascida em 04/07/1977, filha de Francisco Vicente dos Santos e Maria de Fátima Dantas dos Santos, residente na rua Silvino Oliveira de Souza, 228, Pedro Salustino, Picuí/PB, **ciente das sanções civis, administrativas e criminais as quais estará sujeito(a) caso o quanto aqui declarar não porte estritamente a verdade, assim faz o registro:**

TESTEMUNHAS: A apresentar.

NARRAÇÃO DO FATO: Narra a comunicante que seu filho Fernando Dantas dos Santos, contando com três anos de idade, estava brincando na área que fica na frente da casa, quando um brinquedo caiu na rua e a criança foi apanhar e quando se agachou, uma motocicleta que passava em alta velocidade atropelou a criança, praticamente passando por cima da criança, arremessando a criança pela rua, imediatamente a criança foi socorrida ao Hospital Regional de Picuí/PB de onde foi transferida em caráter de emergência para o hospital de Campina Grande/PB com fratura no fêmur e suspeita de várias outras fraturas. A motocicleta era guiada por "Eudes" filho de Dudu do bar. Era o que continha no dito registro, a qual vai assinado pela comunicante.

Picuí/PB, 03 de novembro de 2014

Josefa Flailma Dantas dos Santos
COMUNICANTE



Jose Edson de Vasconcelos
Jose Edson de Vasconcelos



DELEGACIA PÚBLICA
de Macêdo de Araújo
2ª Tabela
Comarca de Picuí - Paraíba

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML


Eu, Josefa Flávia Dantas dos Santos, portador da carteira de identidade nº 2.293.336 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.325.254-58 residente e domiciliado na Rua Sílvia Oliveira de Souza Cidade Picuí Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Picuí-PB, 19 de Abril de 2017

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Josefa Flávia Dantas dos Santos

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FERNANDO DANTAS DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 307.162.054-75, residente e domiciliado na RUA SILVANO OLIVEIRA DE SOUZA, 228, PRATO GALSTANO Cidade PCUI Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Declaracao de Inexistencia



Fernando Dantas dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PCUI, 12/Setembro/2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FERNANDO DANTAS DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 307.162.054-75, residente e domiciliado na RUA SILVANO OLIVEIRA DE SOUZA, 228, PRATO GALSTANO Cidade PCUI Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Declaracao de Inexistencia



Josefa Gleidma Dantas dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PCUI/PB, 12/Setembro/2017

Local e data





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Ricardo Wagner Macedo Cavalcanti
Oficial Substituto
COMARCA - PICUI - PB

NOME:
FERNANDO DANTAS DOS SANTOS

MATRÍCULA

0707060155 2011 1 00031 134 0023205 98

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) vinte de outubro de dois mil e onze DIA 20 MÊS 10 ANO 2011

HORA DE NASCIMENTO 14:20 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Picuí-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO Picuí-PB LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Regional de Picuí SEXO masculino

FILIAÇÃO Edicardo dos Santos e Josefa Flávia Dantas dos Santos

AVÓS
PATERNO(S): Maria Madalena Vicente dos Santos;
MATERNAL(S): Francisco Vicente dos Santos e Maria de Fátima Dantas dos Santos.

GÊMEOS NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte e seis de outubro de dois mil e onze (26/10/2011) DNV (DEC. NASC. VIVO) 30545248541

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Obs: Registro lavrado em 26/10/2011, no livro A-00031, Nº 23205, folha 134. Termo assinado pelo Declarante.



NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil "Socorro Macedo"

OFICIAL REGISTRADOR Ricardo Wagner Macedo Cavalcanti

MUNICÍPIO Picuí-PB

ENDEREÇO Rua Vicente Ferreira de Azevedo Picuí-PB - CEP - 58137000 FONE: 33712193

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Picuí-PB, 26 de Outubro de 2011

Ricardo Wagner Macedo Cavalcanti
Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Ricardo Wagner Macedo Cavalcanti
Oficial Substituto
COMARCA - PICUI - PB





PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI

C.N.P.J 08.741.399/0001-73

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J 08.619.650/0001-21

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DESCENTRALIZADA PICUI

Rua: Galdino de Pinheiro, 26 – Bairro Centro / CEP: 58.187-000 – Picuí – PB
Fone/Fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 E-mail pmunicipal.sat.splana@uol.com.br

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o Sr. FERNANDO DANTAS DOS SANTOS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, após um atropelamento na Rua Silvino Ferreira de Souza, às 12:30 do dia 03/12/2014. A vítima encontrava-se no Hospital Regional de Picuí com escoriações de face, membros inferiores e extensão do corpo já não mais sangrantes quando chegou ao local, apresentando fratura difusa de fêmur esquerdo, não resolvendo na entidade, este órgão realizou a remoção da vítima para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

Picuí-PB, 18 de Abril de 2017.


GESSKA DANTAS DE ALBUQUERQUE COSTA
COORDENADORA DE ENFERMAGEM



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josefa Flávia Dantas dos Santos,
RG nº 0.293.336, data de expedição 09/04/2016, Órgão
SSPIPB, CPF nº 028.325.254-58, venho perante a este
instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Silvano Oliveira de Souza</u>
Número	<u>228</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Recife Solitário</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>58187-000</u>
Telefone de Contato	<u>999125490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife - PE, 19 de Abril de 2017

Assinatura do Declarante: Josefa Flávia Dantas dos Santos



JOSEFA FLÁVIA DANTAS DOS SANTOS
RUA SILVINO OLIVEIRA DE SOUZA, 228 - PEDRO SALUSTINO
PILCU / PB CEP: 58167000 (AG. 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO - B-230, Km 25 - Distrito Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Rancho: 8 - 80 - 518 - 2530
Número medidor: 00008512708
Referência: Abr / 2017
Emissão: 12/04/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº000.577.926
Código para Dúvida Automática: 0000501886

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/501886-6

Abr / 2017

Canal de contato

Apresentação

12/04/2017

Data prevista da
próxima leitura

15/05/2017

Prezado Cliente:
Conforme Resolução Homologatória ANEEL Nº 2214/17,
no período de 1º a 30 de abril a Tarifa será reduzida em
0,00941 REA/kWh para reverter a previsão do Encargo de
Energia de Reserva (EER) da Usina Angra II. O efeito
na fatura de cada unidade consumidora se dará de acordo
com seu ciclo de leitura e faturamento.
Mais informações no site www.aneel.gov.br.

CPF/ CNPJ/ RANI

2832525458
Insc. Est.

Faturas em atraso

22/03/2017 16,70
20/01/2017 21,85

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17 0
Fev/17 18
Jan/17 39
Dez/16 22
Nov/16 0
Out/16 2
Set/16 95
Ago/16 92
Jul/16 61
Jun/16 93
Mai/16 81
Abr/16 21

Média dos últimos meses
47

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
15/03/17	4342	12/04/17	4340	1	7	28			

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			12,83
Adc. B. Anorela			0,34
Adc. B. Vermeira			0,38
PTS			0,12
COFINS			0,58

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PTS	14,07	0,8230	0,12
COFINS	14,07	4,2412	0,59

VENCIMENTO

20/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,07

RESERVADO AO FISCO

e5c7.d963.ec94.b914.16bb.65f9.e1b8.73ce.

Indicadores de Qualidade

2/2017 - Pqdt

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DICAMENSAL	6,15	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	12,30			
DIC ANUAL	24,60			
FICAMENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,20	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
DMC	3,63			
DICI	12,22			

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PS	4,75	33,75
Compra de Energia	8,41	45,68
Serviço de Transmissão	0,32	2,35
Encargos Setoriais	1,61	13,36
Impostos Diretos e Encargos	0,71	5,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,07	100,00

Valor do EUSO (Ret. 2/2017) R\$ 6,06

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) esteja(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/04/2017. Conforme Resolução 414/ANEEL, O pagamento após esta data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o atraso não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

- Leitura confirmada

ENERGISA PARAIBA

Rancho: 8 - 80 - 518 - 2530
Matrícula: 501886-2017-04-0

VENCIMENTO

20/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,07

83600000000-7 14070054000-2 05018862017-8 04000800019-8



RECEBIDO

17 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BSMAPFRE



CIC RECIFE PE PL13

Data de emissão: 26/07/2017

Vencimento: 05/08/2017

NILO T DANTAS

RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145

JK

58187-000 - PICUI - PB

0041 1898



Comprovante de residência



Cartão

Ourocard Mastercard Gold

Nº 5464 **** 2215

Data prevista para o recebimento da próxima fatura: 22/08/2017

Pág. 001 de 002

Vencimento:
05/08/2017

Atenção:

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Caso seja efetuado o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 1,67. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Sequês.

Valor Total ⁽¹⁾	Pagamento mínimo ⁽¹⁾	Pagamento parcelado ⁽²⁾
R\$ 533,76	R\$ 514,69	ENTRADA 498,28 + 4X 11,09

(1) O pagamento mínimo inclui as parcelas de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 5 vezes (1 + 4), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada.
R\$ 498,28 + CET 206,96% a.a. De uma só vez pague parcelamentos anteriores, a diferença entre o valor da entrada e o valor da fatura. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte o outro plano de parcelamento e informações sobre o CET, consulte bb.com.br/parcelamento, procure um valor próximo ao que está no Central de Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ 0,00
Saldo convertido - R\$ 0,00

Total da fatura - R\$ 533,76

> Resumo em Real

Saldo anterior 916,83
Pagamentos/Sequês 916,83
Compras/Débitos 533,76
Saldo - R\$ 533,76
Saldo parcelado 0
Saldo convertido 0
Saldo convertido - R\$ 0,00

> Resumo em Dólar

Compras/Sequês 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 6,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e o dólar do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

Retribuição e uso do limite de crédito rotativo 4,49

Encargos Refinanciados na fatura crédito 0,00
Uso do limite de crédito rotativo 24,19

> Limites

Total para transações a vista 6.400
Sequês em valor total (máximo) 6.400
Total para transações parceladas 0
Crédito 0

Consulte todos limites disponíveis, acesse www.bb.com.br

> Ponto pra Você / Vale

Pontuação acumulada em: 20/07/2017 4.305

Consulte pontos a preservar e saldo atual:
- cartões eletrônicos: Ponto pra Você e Ponto Recompensas
- Internet: Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos

> Encargos Financeiros

Crédito Rotativo 9,79
Crédito Parcelado 9,30
Juros de atraso 12,79
Multas por atraso 2,00

1 - Para o período 1% ao mês
2 - Multas para o período 1% ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

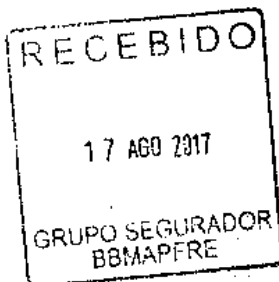
É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxa ao mês (%)	Taxa ao ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao ano (%) ⁽²⁾
Crédito Rotativo Sequês	9,79	206,72	0,38	0,0082	220,65
Parcelado administradora	9,30	190,59	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)	7,35	134,22	0,38	0,0082	139,05

(1) Dados referentes ao vencimento desta fatura, sobre a operação para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMBRATODOS, a taxa de crédito ao rotativo e saque Brasil será de 15,50% ao mês, CET 498,28.
(2) Resultado de incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário prorrateado para o período de um ano.
Nota: Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvidas, consulte o Central de Atendimento BB.
Nota: Os encargos são cobrados separadamente para clientes não-comerciais do Banco do Brasil.
Nota: Taxa de Saque: R\$ 0,00 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL	001-9	00194.52101	00053.167276	80000.000663	5 000
Nome do Pagador (CPF/CNPJ/Endereço/CPF do titular)	NILO T DANTAS - CPF: 047.951.774/85 RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145 - JK - 58187-000 - PICUI - PB				
Sacador / Avalista					
Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago	
00000000053167278		05/08/2017	533,76		
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ/Endereço)					



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825** 2ª via, expedido por SSP/PB, em 04/09/2001, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS

do sinistro de DPVAT da natureza INVALENTE

da vítima FERNANDO DANTAS DOS SANTOS

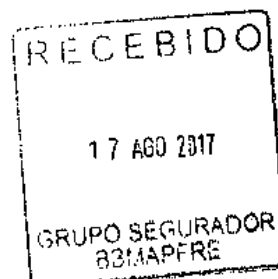
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB – CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



RECIBIDO

17 AGO 1985

GRUPO SEGUADOR
BBISAFC

RESULTADOS

Hospital Regional de Aguascalientes
Aguascalientes original
Folio: 18
Mesa Contorno Original
Aguascalientes



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"

C.N.E.

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Gerônimo de Almeida

DOCUMENTO Nº. 3005 IDADE: 54 anos

DATA DE NASCIMENTO: 20/12/1964 SEXO: masculino

ENDEREÇO: R. João Gomes de Almeida

CIDADE: Picui CEP: 58.187-000

PROFISSÃO: Motorista ESTADO CIVIL: casado

H.D.A. Pré-motorista, história de sinusite, hi 1.30 mmHg. A - não
admitido, portador de diabetes, estômago com problemas, ingerir 100 mg de insulina
B - 300 mg de insulina, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina
com diabetes, outros problemas, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina
5 - Pedir a 100 mg de insulina

EXAMES REALIZADOS: Ex. de 100 mg de insulina, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina

CONDUTA: Imobilização, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina, 100 mg de insulina

DATA: 03/12/2019

MÉDICO ASSISTENTE / CRM





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"

CNE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Jerônimo Duarte da Silva

DOCUMENTO Nº. 25005 IDADE: 5 anos

DATA DE NASCIMENTO: 30/12/2014 SEXO: masculino

ENDEREÇO: R. João Tomaz de M. Silva

CIDADE: Picui CEP: 58197-000

PROFISSÃO: Professor ESTADO CIVIL: casado

H.D.A. Pré-natal (atuação de risco pré-natal) - há 12 semanas. A = 100
avulsa, parvula, eutrófica, com boa nutrição (segundo o hospital por familiares).
B = 300 (distúrbio), há 100 dias antes de ser encaminhado, em 10/12/2014, com sintomas
de dor abdominal, náusea, vômito, diarréia, febre, etc. (doença de 10 dias de duração)
C = 100 (doença de 10 dias de duração)

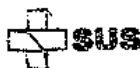
EXAMES REALIZADOS: Exames de 10/12/2014: exames de urina e fezes.

CONDUTA: Imobilização, Amigdalotomia e encaminhamento ao hospital de destino

DATA: 03/12/2014

MÉDICO ASSISTENTE / CRM





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Fernando Dantas dos Santos

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

72.015

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003284108001

6 - DATA DE NASCIMENTO

20/10/11

7 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

8 - RAÇA/COR

Parda

9 - NOME DA MÃE

Rosea Gleilma Dantas dos Santos

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Rosea Gleilma Dantas dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. José Romão de Medeiros - 50

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

251140

16 - UF

PB

17 - CEP

58157000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Amarelão com febre alta + dor no abdômen + vômito

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença aguda + febre alta + vômito

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico + hemograma

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Febre do fígado

22 - CID 10 PRINCIPAL

S723

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento ambulatorial

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

27 - CLÍNICA

Unimed

28 - CARÁTER DE INFORMAÇÃO

Unimed

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPE

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carliene

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/12/14

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CSOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Hospital Regional de Picui

Atesto conforme o original.

Picui, 13/01/2015.

Arquivo Médico e Secretaria de Administração



Nº AIH _____
Nº de Ordem _____
Nº de Reg. 72 015
Nº do Docum. RJ - 23.005

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Fernando D. dos Santos
Responsável: Jossia Klaudia D. Santos
Pai: Edicarlós dos Santos
Mãe: Jossia Klaudia D. Santos
Prof: Memória Data Nasc. 20/10/12 Idade: 03g
Endereço: R. José Romais de Medeiros Nº 5N
Bairro: Cidade: Pium Est. Civil: -

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fratura Femur

Tratamento efetuado no hospital: 

Exames realizados:

Internado em 05/12/14 Alta em 19/12/14 Obito em 1/1

Dr. Nailson Marinho da Costa
CRM 3085 - CPF 456.233.624-34

Arquivista

Médico Assistente

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original.

Picuí, 13/01/2015.

Arquivo Médico

Josevânia Lima de Melo
Aux. Administrativo





GOVERNO
DA PARÁIBA

Hospital Regional de Pícol "Felipe Traga Gomes"



SUS

Sistema Único de Saúde

EVOLUÇÃO

Nome: Fernando D. dos Santos Idade: 23 Reg.: 72015

Serviço: Ortopedia Diagnóstico: fratura de fêmur Local: 27-01

Data	Evolução
01/11/19	laurel com fratura suspensa do fêmur direito, com o fuso fixado.
09/11/19	A ORTOPEDIA Paciente de 23 anos com fratura fechada do fêmur direito. BEG, com H: MTD.

RECEBIDO
100.1317
GRUPO SEGURO
SUS

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM: 100.1317
CBO: 3511





\$US

Sistema Único de Saúde

~~EVOLUÇÃO~~

Nome: Fernando Bentes de Santos

Volume:Reg: Feb. 016

Serviço: U. Cirúrgico Diagnóstico: Fratura de fêmur

Local: 207-24

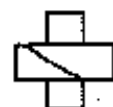
Data	Evolução
16/12/14	# oietopos PX pms Pente h at PX
	Dr. Carlos Diniz CRM 08790 CENTRO DE REABILITACAO FISICA E PSICOMOTORA RUA DO COMERCIO, 100 - JARDIM PAULISTA - SP - CEP 01304-000





GOVERNO
PARÁ

Hospital Regional de Pícora "Válter Hugo Costa"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Germanilde M. dos Santos IDADE: 03º
SERVIÇO: cirúrgica ENF: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
		diurese presente, realizado banho no leito	
		paciente segue com cuidados da enfermagem:	
	21:00	perna e veia bem não apresenta sinais de infecção, aceita bem a dieta, diurese presente	
		Acne presente, segue com cuidados de enfermagem.	
07.13.14	19:00	PACIENTE MELHORA EM REPÓS, CONSCIENTE E ORIENTADO, AFÉRRIL, EUPNEICO, ACEITA DIETA, REALIZADO BANHO NO LEITO, MCPM E AOS CUIDADOS DA ENF.	Ans Lúcia Maria Cabral Técnica de Enfermagem COREN-PA: 026731
	20:00	PACIENTE COM SEQUELA, CALMO E COOPERATIVO, DIURESE (+), MCPM E AOS CUIDADOS DA ENF.	Ans Lúcia Maria Cabral Técnica de Enfermagem COREN-PA: 026731
08.13.14	06:00	PACIENTE SEGUE EM MELHORIA, SONO E DIURESE (+), SEM QUEIXAS, MCPM E AOS CUIDADOS DA ENF.	Ans Lúcia Maria Cabral Técnica de Enfermagem COREN-PA: 026731
	13:00	Paciente segue nutrido no leito, calmo, consciente e orientado, aférril, não apresenta queixas, segue com cuidados da enfermagem, realizado banho no leito.	Ans Lúcia Maria Cabral Técnica de Enfermagem COREN-PA: 026731





GOVERNO
DA PARAÍBA

al Regional de Picul "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: Fernando Santos dos Santos Idade: 03 Sexo: M
Data: 05/12/19 Clínica: Respiratória Ala: Enf.: 207 Leito: 01
Módulo: Fratura de Fêmur

ECÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA

POGRAFIA DA INFECÇÃO: ☐ GASTRO INTESTINAL ☐ GENITAL ☐ S.N.C.
☐ FERIDA CIRÚRGICA ☐ URINÁRIA ☐ SEPTICEMIA
☐ RESPIRATÓRIA ☐ PELE / TSC ☐ OUTROS

OCEDIMENTOS REALIZADOS: ☐ Biópsia ☐ Respirador ☒ Punção Venosa
☐ Catéter Venoso ☐ Diálise ☐ Punção Lombar
☐ Catéter Vesical ☐ Endoscopia ☐ Punção Abdominal
☒ Corticoterapia ☐ Flebotomia ☐ Punção Torácica
☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Hemoterapia ☐ Traqueostomia
☐ NP ☐ Nebulizador ☐ Outros

ONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Trat. cirúrgico da Fratura de Fêmur Anestesista: Carval
Data: 05/12/19 Tempo:

☒ Limpa ☐ Urgência ☐ PP
☐ Potenc. Contaminada ☐ Emergência ☒ MP
☐ Contaminada ☐ Eletivo ☐ GP
☐ Infectada

EQUIPE: Cirurgião: Dr. Raulton Auxiliar:
Instrumentador: Anestesista: Dr. Lima

RAIO X NA SALA: ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Nome:
Dose / Dia: Dose / Dia:
Duração: Duração:

BACTERIOLOGIA

GRAM		CULTURA		ATB
MATERIAL	DATA	RESULTADO		
			☐ Sim ☒ Não	

Outras Observações:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ À Pedido

Causa:



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
Hospital Regional de Pícuí "Sépio Siqueira Gomes"

MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO

Paciente: Fernando Dantas da Santa
Anest: Dr. Uirine
Tratamento: QUIRÚRGICO
Leito:
AUX: Fêmea
Início: Término: Enfer:

INDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS/SOLUÇÕES	QTD	QTD
amp.		Agulha descartável 13x4,5		Catgut Cromado Sertix
ml amp.		Agulha descartável 25x7		Catgut Cromado Sertix
amp.		Agulha descartável 40x12		Catgut Cromado Sertix
ml amp.		Agulha Peridural n°		Catgut Simples
amp.		Agulha Raqui n°		Catgut Simples Sertix
mg		Alcool		Catgut Simples Sertix
ml		Atadura de Crepom	cm	Catgut Simples Sertix
ml		Atadura Gessada	cm	Catgut Simples Sertix
ml		Bolsa p/ Colostomia		Catgut Simples Sertix
ml		Borracha Látex		Catgut Simples Sertix
ml		Cateter p/ O2		Ethibond
ml		Clamp		Fio de Algodão s/s
ml		Clohexidina	ml	Monomylon
ml		Compressa Grande		Monomylon
ml		Deposito Anatomopatológico P.M.G.		Monomylon
ml		Dreno		Monomylon
ml		Dreno Penrose n°		Prolene Sertix
ml		Eletrodo		Vicryl Sertix
ml		Equipo de Sangue		
ml		Equipo Macrogotas		
ml		Esparadrapo	cm	
ml		Gazes com	Unidades	
ml		Intracath Adulto		
ml		Jelco n°		
ml		Kit Metoclulose		
ml		Lâmina de Bisturi n°11		
ml		Lâmina de Bisturi n°15		
ml		Lâmina de Bisturi n°23		
ml		Lente Intra Ocular		
ml		Luxas n° 7,0		
ml		Luxas n° 7,5		
ml		Luxas n° 8,0		
ml		Luxas n° 8,5		
ml		Luxas p/ Procedimento		
ml		Microport	cm	
ml		Oxigênio 1/m		
ml		PVP Degermante	ml	
ml		Scalp n°		
ml		Seringa Descartável 10ml		
ml		Seringa Descartável 1ml		
ml		Seringa Descartável 20ml		
ml		Seringa Descartável 3ml		
ml		Seringa Descartável 5ml		
ml		Sonda de Foley n°		
ml		Sonda Nasogástrica n°		
ml		Sonda Uretral n°		
ml		Tubo Endotraqueal n°		

MEDICAÇÕES	QTD	QTD
Adrenalina amp.		S.F. a 0,9% frasco 500ml
Agon destilada amp.		S.G. a 9% frasco 500ml
Amicacina 250	mg	Soro Ringer frasco 500ml
Aminefilina		Concentrado de Hemácias
Benzetaci		
Buscopan amp.		
Cedilanide amp.		
Cefalotina 1g F/Amp		
Cimetidina amp.		
Dacaron amp.		
Dipirona amp.		
Efedrina amp.		
Fenoterol amp.		
Garamicina amp.		
Glicose amp.		
Hidralazina		
Hydrocortisone amp.		
Kanadon amp.		
Lasix amp.		
Metronidazol amp.		
Naudedron amp.		
Nethergin		
Omeprazol		
Oxibacina		
Plasil amp.		
Prostigmin		
Tenoxicam 40	mg	
Transamin amp.		
Volaren amp.		

- EQUIPAMENTOS
- ☒ Oxímetro de Pulso
 - ☒ Esfigmomanômetro
 - ☒ Desfibrilador
 - ☒ Foco Central
 - ☒ Cardiomonitor

Rosângela
Circulante Responsável



FICHA DE ANESTESIA

NOME: <u>Fernando Oantas dos Santos</u>		IDADE: <u>03</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA: <u>05/12/14</u>
ACÚSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de Fêmur</u>		CATEGORIA: <u>SUS</u>		
TÉCNICA REALIZADA: <u>Estab. Externo de Fratura de Fêmur</u>				
CIRURGIÃO: <u>Dr. Railton</u>		ANESTESISTA: <u>Dr.º Vinícius</u>		AUXILIAR:

AGENTES COMUNITÁRIOS

CÓDIGO

附錄八

1962: 120000 Y

Indoor Pests A

Model Fitting

Letp. RA

4.5011 Pump, RE

Ernst Knap-
BC

Cont.

Pré-symptóatico:

Anestesia: ☒ Geral ☐ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Outros

Téénbent

Index

Términos:

Venóclise:

Duración minutos:

AGENTES DOSES

LIQUIDO

ML

PADGETT 1000
SEVORANE 30
DEXADORTA 100
DEXADORTA 50

LIQUIDO
SF 151202V

CBS

Alfredo





DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Hospital Regional de Pícul "Felipe Torge Gomes"

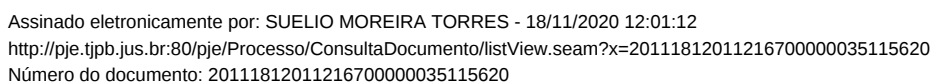
Hospital Regional de Pícut "Felipe Tiago Gomes"			
Nome do Paciente: <u>Fernando Puntos dos Santos</u>		Leito: _____	
Data da Operação: <u>05/12/14</u>		Ent.: _____	
Operador: <u>Dro Rutilton</u>		1.º Auxiliar: _____	
2.º Auxiliar: _____		3.º Auxiliar: _____	
Anestesista: <u>Dro Viana</u>		Instrumentador: _____	
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Tumor do Pâncreas</u>		Tipo da Anestesia: <u>Geral</u>	
Tipo de Operação: <u>Tumor Pancreático</u>			
Diagnóstico Pós-operatório: _____			
Relatório Imediato do Patologista: _____			
Exame Radiológico no Ato: _____			
Acidente Durante a Operação: _____			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

DESCRICAO DA OPERACAO

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

Recebido em
 17 de Abril de 2017





**GOVERNO
DA PARÁIBA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
Hospital Regional de Picuí Felipe Tiago

TERMOS DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente Germano do Santos
Dá plena autorização aos médicos do Hospital que o
Assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, 05 de Dezembro de 2019

Josefa Elaine Dantas dos Santos
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, de de

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, de de

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução da alta médica hospitalar.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:





GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ - FELIPE TIAGO GOMES
CCH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 72.015 Nome do Paciente: Fernando W. dos Santos
Data de Nascimento: 20/10/11 Sexo: M() F() Nº do Cartão do SUS: 898003287108001
Data da internação: 05/12/14 Origem do Paciente: Instituição de Saúde () Comunidade X

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____

Fatores de Risco: _____

Início: ____/____/____

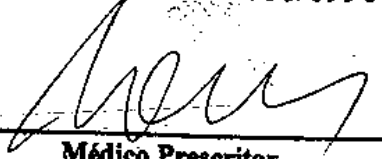
Término: ____/____/____

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4.Dia	5. Dia	6.Dia	7.Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

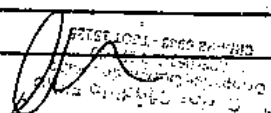
CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

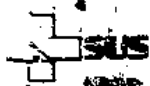

Médico Prescritor

Setor da Farmácia



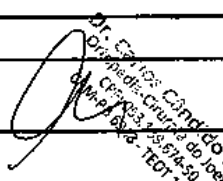
H R P	PRESCRIÇÃO MÉDICA	NOME <i>FERNANDO D. DOS SANTOS</i>				REG <i>72015</i>
		DIAGNÓSTICO PROVÁVEL <i>Fract. de Fêmur.</i>				DATA INTERNAÇÃO <i>09-12-14</i>
		IDADE <i>03^{as}</i>	CLÍNICA <i>cirurgica</i>	ENF. <i>207</i>	LEITO <i>01</i>	DATA <i>15-12-14</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA				VIA	HORÁRIO
01	<i>Dick line ZERO 22h</i>					
02						
03	<i>46 profusos gotos</i>				<i>VO</i>	<i>21 15</i>
04	<i>15 gotos VO 8/8h</i>					
05						
06	<i>Plavix 0,4 - 1 e AD, CV, 8/8h (FV)</i>					
07						
08	<i>SSN + CCB6.</i>					
09						
10						
11						
MÉDICO		 PROF. LIC. - 2008 20110 PROF. LIC. - 2008 20110 PROF. LIC. - 2008 20110		CRM	A PRESCRIÇÃO DEVE CONTER CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	



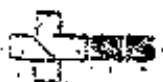


SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

FARMÁCIA

H R P	PRESCRIÇÃO MÉDICA	NOME <i>Fernando Xatos</i>				REG <i>72.015</i>			
		DIAGNÓSTICO PROVÁVEL <i>Exstirpado de Jéromen</i>				DATA INTERNAÇÃO <i>09.12.14</i>			
		IDADE <i>03a</i>	CLÍNICA <i>Amarelo</i>	ENF. <i>207</i>	LEITO <i>01</i>	DATA <i>09.12.14</i>			
		PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA <i>0</i>				VIA <i>Oral</i>			
ITEM						HORARIO			
01	<i>Dreft line</i>								
02	<i>Jalea</i>								
03	<i>Dipirona 0,4-f + AD, EV, 6/6s</i>								
04	<i>- 1.6up por gotas</i>								
05	<i>des 15 gotas vo 8/8s 10</i>								
06	<i>SSVV + CCGO</i>								
07									
08									
09									
10									
11									
MÉDICO		 Dr. Carlos Cândido Filho CRM 123.456-78-90123-456789 CRM 123.456-78-90123-456789				A PRESCRIÇÃO DEVE CONTER CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			





SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

PRONTUÁRIO

H R P	PRESCRIÇÃO MÉDICA	NOME <i>Fernando dos Santos</i>				REG <i>72015</i>	
		DIAGNÓSTICO PROVÁVEL				DATA INTERNAÇÃO <i>05.11.14</i>	
		IDADE <i>03^{as}</i>	CLÍNICA <i>Amigdalite</i>	ENF. <i>203</i>	LEITO <i>21</i>	DATA <i>05.12.14</i>	
		PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA				VIA <i>21</i>	
ITEM						HORÁRIO	
01							
02							
03							
04		<i>S. frambuesa 1cc 1x 10</i>				<i>21</i>	<i>05</i>
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
MÉDICO		CRM				A PRESCRIÇÃO DEVE CONTER CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	



FARMÁCIA	NÚMERO	NOME				REG
		FERNANDO D. dos Santos				72015
		DIAGNOSTICO PROVÁVEL				DATA INTERNAÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA	IDADE	CLÍNICA	ENF.	LEITO	DATA	
	03	Esciaug	207	01	17-12-14	
EM	PRESCRIÇÃO TERAPEUTICA				VIA	HORARIO
1	Dil. Novo					
2						
3						
4	Dil. Novo				VO 13	21 25
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
INDICO	CRM				A PRESCRIÇÃO DEVE CONTER CARRASCO E ASSINATURA DO MÉDICO	





SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

PRONTUÁRIO

H R P	PRESCRIÇÃO MÉDICA	NOME <i>Fernando Bonifácio Santos</i>				REG <i>72015</i>
		DIAGNÓSTICO PROVÁVEL				DATA INTERNAÇÃO <i>25.12.14</i>
		IDADE <i>03^{as}</i>	CLÍNICA <i>Amigdalite</i>	ENF. <i>207</i>	LEITO <i>21</i>	DATA <i>25.12.14</i>
		PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA				VIA <i>Oral</i>
ITEM						HORÁRIO
01		<i>Amoxicilina</i>				
02		<i>Cloridrato de Paracetamol</i>				
03		<i>S. Trisulfo</i>				<i>24</i>
04		<i>S. Trisulfo 1cc 1x 4x 10</i>				<i>21</i>
05		<i>Omeprazol</i>				<i>05</i>
06						
07						
08						
09						
10						
11						
MÉDICO		CRM				A PRESCRIÇÃO DEVE CONTER CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: FERNANDO DANTAS DOS SANTOS

Dt. Nasc: 20/10/2011 (idade: 3 anos) mês(es) de idade dias(as) de idade Sexo: M

Mãe: JOSEFA FLAULMA DANTAS DOS SANTOS

Profissão: MENOR

Endereço: RUA JOSE TOMAIS DE MEDEIROS

Bairro: PEDRO SALUSTINO

Município/CEP/IBGE: PICUI / 58187000 / 251140

Telefone para contato: (00) 0000-0000

Data e Hora: 05/12/2014 07:54:07

PESO: PA: SSVV

TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HRP

MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

OUTRO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____

2. _____

3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): (CARIMBOS)

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:01:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812011216700000035115620

Número do documento: 20111812011216700000035115620

Num. 36790423 - Pág. 37



VITIMA DO ACIDENTE











Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tiago Gomes"



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Fernando Louis Farias portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, submetido(a) a _____, portador da patologia CID-10 S72, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (SESENTA) dias, a partir desta data.

Pícuí, 05.12.14

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)
Dr. Edilson Moutinho Costa
CRM 388.198-PE

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr. () _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO





Hospital Regional de Pícu "Polípo 74ago Gomar"



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que, a pedido do(a) Sr.(a) Fernando Duarte dos Santos portador(a) da identidade RG 19.12-14, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 19 horas, submetido(a) a 572, portador da patologia CID-10 572, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 19 dias, a partir desta data.

Pícu, 19.12-14

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)



AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr. (a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



Amul 3 anos
em tratamento de
furo de furo
furo, furo no
hospital em furo
furo de furo de
dia 05.12.14 ao dia
19.12.14, colocados
Genu Pelico Padelio
por mais ($\pm$) 30 dias
de acordo o mesmo site
acompanhado por todo
se furo de furo

Dr. Rafael Moreira da Costa
Ortopedista - CRM 13189-SP
11258





GOVERNO
PARÁ

Hospital Regional de Pínd "Fidelis Tago Costa"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Fernando Santos das S. Torres IDADE: 03 anos
SERVIÇO: Emergência ENF.: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
05.12.14	8:30h	Menor admitido neste setor para procedimentos cirúrgicos, após aliquanto de medicação, segue aos cuidados da enfermagem. Temps 36.7°C Arterial 16.8	 Maria da Glória C. Azevedo Enfermagem 339.148.274-00
	15:00	Menor retorna da cirurgia urgência com efusão de crânio; mas logo após minutos o quadro calmo sem reflexos guixos.	 Fernando Santos das S. Torres Enfermagem 339.148.274-00
	21:00	Menor se apresenta regular, afetivo, ambulo, comido, etc. hidratado, segue-se para Morte m.c. e m. segue aos cuidados da enfermagem. Temps 36.7°C	 Maria da Glória C. Azevedo Enfermagem 339.148.274-00
06/12/14	5h	Menor se apresenta ⊕, sem eufonia ⊕, sem reflexos, mantendo-se calmo sem. Resposta médica segue aos cuidados da enfermagem. Temps 36.2°C	 Maria da Glória C. Azevedo Enfermagem 339.148.274-00
06/12/14	13:00	Menor evoluindo bem, consciente e orientado, e m. repouso restrito ao leito, não se preocupando; vacata bem a dieta.	





**GOVERNO
PARANÁ**

Importe Nacional de Fumigación "Volvo Trigo Cereales"

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ME: PERCIVAL DANIEL DOS SANTOS IDADE: 039
 RVIC: 11 LINDALVA ENF: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
3.12.14	06.00	criança durante a noite não retinha gases, vomito e repouso preservado, higiene corporal preservada, regime medicado CPN, com emenda da CS 100%.	
		T = 36.1°	
13.12.14		Muito se apresenta regular, sem febre, sem vômitos, sem diarreias, sem alterações respiratórias, sem alterações cardíacas, sem alterações renais, sem alterações hepáticas, sem alterações endócrinas, sem alterações neurológicas, sem alterações musculares, sem alterações ósseas, sem alterações cutâneas, sem alterações sistêmicas.	RECEBIDO 17 AGO 2017 GRUPO SEQUEADOR HOSPITAL
		T = 36.1°	Maria da Graça C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.872
23.12.14		Muito se apresenta regular, sem febre, sem vômitos, sem diarreias, sem alterações respiratórias, sem alterações cardíacas, sem alterações renais, sem alterações hepáticas, sem alterações endócrinas, sem alterações neurológicas, sem alterações musculares, sem alterações ósseas, sem alterações cutâneas, sem alterações sistêmicas.	Maria da Graça C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.872
23.12.14	5h	Muito se apresenta regular, sem febre, sem vômitos, sem diarreias, sem alterações respiratórias, sem alterações cardíacas, sem alterações renais, sem alterações hepáticas, sem alterações endócrinas, sem alterações neurológicas, sem alterações musculares, sem alterações ósseas, sem alterações cutâneas, sem alterações sistêmicas.	Maria da Graça C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.872
		T = 36.1°	
		Muito se apresenta regular, sem febre, sem vômitos, sem diarreias, sem alterações respiratórias, sem alterações cardíacas, sem alterações renais, sem alterações hepáticas, sem alterações endócrinas, sem alterações neurológicas, sem alterações musculares, sem alterações ósseas, sem alterações cutâneas, sem alterações sistêmicas.	Maria da Graça C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.872
		T = 36.1°	





GOVERNO
PARÁ



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Hospital Regional de Pícaro "Fidelis Rêgo Gomes"

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OME: Fernando Santos dos Santos IDADE: 036
SERVIÇO: 07 - Cirurgia ENF: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
01.12.14	09:50	Adulta, mantida em repouso no leito, com cuidados de enfermagem. T _{ax} = 36,3°C.	
01.12.14	13:30	Menor evoluiu bem, repouso no leito restrito, diurese 0 acido ± a diurese referiu queixas até o momento. Segue aos cuidados de enfermagem. T _{ax} = 36,3°C.	
01.12.14	21:00	Menor evoluiu bem, repouso no leito restrito acido ± a diurese referiu queixas no momento e segue aos cuidados de enfermagem, ainda com a troca de qto. T _{ax} = 36,1°C.	

RECEBIDO
T_{ax} = 36,3°C
Data: 01/12/14

RECEBIDO
T_{ax} = 36,3°C
Data: 01/12/14

RECEBIDO
T_{ax} = 36,3°C
Data: 01/12/14

RECEBIDO
T_{ax} = 36,3°C
Data: 01/12/14

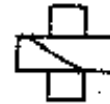
RECEBIDO
T_{ax} = 36,3°C
Data: 01/12/14





GOVERNO
PARÁ

Hospital Regional de Planalto - "Século XXI" - Gama



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Fernando D. dos Santos IDADE: 03a
SERVIÇO: Clínica Cirúrgica ENF.: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
08/12/14	21h00	Menor expressão-se em médias no leito, não relece febre no momento, gêneros presentes, oxigênio dieta, calmo cooperativo para exame e nos cuidados de enfermagem. T: 36,8°	
09/12/14	05h40	Menor com sono e respiração regularizada, não apresenta febre durante o exame físico, mantendo-se calmo cooperativo de enfermagem. T: 36,3°	Andressa Maria dos Santos Enf. de Enfermagem CREMESP 619.134
09/12/14	14h10	Menor em repouso no leito segundo dieta não relece febre no momento foi realizado banho no leito, foi avaliado pelo ortopedista, como cooperativo segue em dieta D: 1/2 com um repouso no leito nos cuidados de enferma- gem. T: 36,1°	Suelio Moreira Torres Enf. de Enfermagem CREMESP 619.134
09/12/14	20h00	Menor mantém-se calmo elimina em repouso no leito não relece febre, dieta	Suelio Moreira dos Santos Enf. de Enfermagem CREMESP 619.134





HOSPITAL REGIONAL DO OESTE
de São Paulo



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Hospital Regional do Oeste "Dr. João de Deus"

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Fernando Dantas dos Santos

IDADE: 03

SERVIÇO: O. Cirúrgico

ENF: 207

LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
15.12.14	05:30	Menor evoluiu bem, repousa no leito retilado, tem sono preservado, não refere queixas no momento. Segue aos cuidados da enfermagem. T: 36,0°C	Breno Pivoto COREN 311.129
15.12.14	13hs	Menor segue no leito tranquilo, sem queixas, apresentando desconforto no membro superior esquerdo no leito aos cuidados da equipe. T: 36,5°C.	Francielli da Silva N. Cabral Téc. de Enfermagem COREN: 496782-PR
15.12.14	21hs	Menor segue no leito tranquilo no momento, sem queixas, porém com desconforto da equipe. T: 36,7°C.	Francielli da Silva N. Cabral Téc. de Enfermagem COREN: 496782-PR
16.12.14	05:30	Menor segue no leito com sono + espasmo (1) no membro superior esquerdo. Processo em andamento com o médico. O menor está em repouso, continua aos cuidados da equipe no HSE. Segue (1) UCPM e aos cuidados da equipe. T: 36,3°C.	Francielli da Silva N. Cabral Téc. de Enfermagem COREN: 496782-PR



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:01:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812011216700000035115620>

Número do documento: 20111812011216700000035115620



GOVERNO
PARAÍBA

Hospital Regional de Píbil "Folpe Rêgo Gomes"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OME: Fernando Delfino dos Santos IDADE: 03
 SERVIÇO: U. A. Emergência ENF: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
13.12.14	13:00	aos cuidados de enfermagem temp = 36°C	Adelina Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB: 627194
	21:00	Menor mal estar de quitação. em repouso no leito, di. e u. ace- bita o leite, excreta urina, diurese (+) bexiga e corpo foi preservado sem queixas segue aos cui- dados de enfermagem. temp = 36°C	Adelina Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB: 627194
14.12.14	06:00	Menor em repouso, calma sem queixas durante a noite atende di. e u. segue em repouso aos cuidados temp = 36°C	Adelina Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB: 627194
	13:00	Menor evoluiu bem, repouso no leito, aceita o leite, diurese (+) acei- ta o leite, não queixas at o momento. Segue aos cui- dados de enfermagem T = 36°C	Bruna Priscila Coen: 311.125
	21:00	Menor evoluiu bem, repouso no leito, aceita o leite, diurese (+) acei- ta o leite, não queixas no momento. Segue aos cuidados de enfermagem T = 36,0°C	Bruna Priscila Coen: 311.125



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:01:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812011216700000035115620

Número do documento: 20111812011216700000035115620

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ME: Fernando Dantas dos Santos IDADE: 03
 RVIC: U. Cirurgião ENF: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
12.12.14	13:00	Paciente evoluindo em repouso no leito EGR, calmo, resfriado ao leito, U.C.P.U. e febre ao leito que, diurese (+), oculta dieta (su) sem queixas segue aos cuidados da enfermagem. Temp = 37°C	Adriana Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB 621194
	21:00	Paciente em repouso, calmo, U.C.P.U. oculta dieta, diurese (+), oculta dieta sem queixas, hidratado, manuseio cooperativo, segue em tratamento e aos cuidados da enfermagem. Temp = 36°C	Adriana Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB 621194
13.12.14	06:00	Paciente em repouso, EGR, calmo, diurese (+), U.C.P.U. Mono (+) sem queixas durante a noite segue em tratamento e aos cuidados da enfermagem. Temp = 36°C	Adriana Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB 621194
13.12.14	13:00	Paciente evoluindo em repouso no leito, calmo, U.C.P.U. oculta dieta, diurese (+), cooperativo sem queixas (su), higiene adequada, praxologia segue em tratamento U.I.E. imobilizado com fixação e	Adriana Rodrigues dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PB 621194





GOVERNO
PARÁ

Hospital Regional de Planalto "Fátima Rêgo Costa"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Fernando Santos dos Santos IDADE: 03 anos
SERVIÇO: Cl. Cirúrgica ENF.: 203 LETTO: 02

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
8.12.14	20hs	hospitalar, segue com dieta der na região lesada continua semelhante, segue com nomes cuidadosos. T = 36,5°C.	Francisca Silva N. Cabral Téc de Enfermagem COREN: 405762-PA
9.12.14	06hs	Paciente segue em bom repouso sem febre, hígado respiratório expandido, ausculta or- topneumônica e ausculta ves- cicular, e ausculta cardíaca da região de enfermagem. PA 36,4°C.	Francisca Silva N. Cabral Téc de Enfermagem COREN: 405762-PA
	06:20hs	Paciente apresenta inquietação existencial, desconforto, segue no leito expandido com ausculta cardíaca.	Francisca Silva N. Cabral Téc de Enfermagem COREN: 405762-PA
19.12.14	13:00	Paciente evolui bem expandido leito, faz procedimento no blo- co, realizou tração e colocou gesso sem queixas no mo- mento. Segue aos cuidados da enfermagem. T = 36,5°C.	Bruno Príncipe COREN: 311-124
	18:30	Paciente recebe alta hospitalar.	Bruno Príncipe COREN: 311-124



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Fernando Santos dos Santos Idade: 03 anos
 SERV: de cirurgia 207 207 05

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	SIGNATURA
17.12.14	20h	menor repouso no leito tranquilo, sem febre discreta, higiene corporal preservada, segue medicado CPM e ao cuidado da enfermagem. Boleina 805 304	
18.12.14	06h	menor evolui em repouso no leito, durante a noite não retornou febre sono + repouso preservado segue medicado CPM e ao cuidado da enfermagem. Boleina 805 304	
18.12.14	13h	Menor segue no leito aguardando os resultados dos exames ortopédicos, tranquilo, consciente, orientado, comunicativo, vestes no leito devido uso de tórax em MEB, vem febre, oxigenado e arista operada com veno® e curativos cuidados. Boleina 805 304	
18.12.14	20h	Boleina segue no seu repouso tranquilo, sem febre, oxigenado, confortável devido ao ambiente. Boleina 805 304	





GOVERNO
PARÁ

Hospital Regional de Pícar "Folpe Zago Costa"

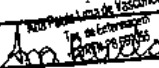
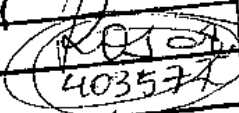
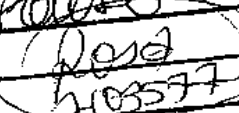
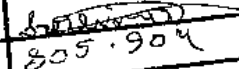


SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OME: Fernando Dantas dos Santos IDADE: 03 anos
ERVIÇO: El. cirúrgica ENF.: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
16/12/14	13:00h	Paciente menor evolui tranquila, calma, orientada, apresenta um pouco de irritação no local lesado, segue na terapia, segue MCPM e as cuidados da enfermagem.	
16/12/14	21:00h	menor evoluindo bem. Sem. Sinais. Quiet@ durante a noite e calma mantendo repouso e passa aparentemente bem.	
17/12/14	06:00h	estável apresenta dor pela madrugada sendo medicado sobre prescrição médica e Nando M. P. A. T. A. 36,0°C	
17/12/14	13:00h	menor evolui tranquila, calma orientada, disartria @, aceita pouca dieta, segue na terapia, segue medicado MCPM e as cuidados da enfermagem.	

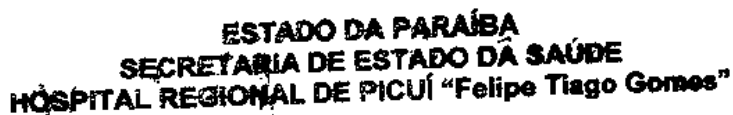


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:01:12

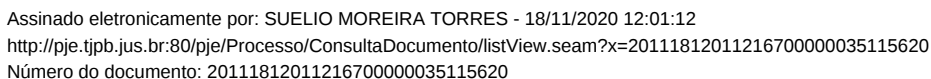
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812011216700000035115620>

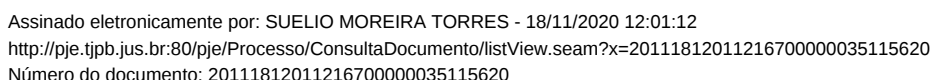
Número do documento: 20111812011216700000035115620

Num. 36790423 - Pág. 54



PACIENTE: Fernando D. dos Santos	ENF. 207	LEITO 01
DATA:		ASSINATURA
16/12/14 - Menor evolui com seu EGR. Segue metódico e aos cuidados da equipe.		 Elaine Karla Henriques Medeiros ENFERMEIRA COREN-PB 379978
16/12/14 - Menor evoluindo com seu EGR. Foi avaliado pelo médico ortopedista. Segue medicado com os cuidados da equipe.		
17/12/14 - Menor evoluindo a seu quadro cirúrgico EGR (conduzido e mantido) no momento não apresenta queixas, aceita adequadamente as necessidades higiénicas presentes, medicado conforme prescrição médica, observando-se sobre conduta da enfermagem.		 Elaine Karla Henriques Medeiros ENFERMEIRA COREN-PB 379978
17/12/14 - Menor evoluindo a seu quadro cirúrgico EGR (conduzido e mantido) no momento não apresenta queixas, aceita adequadamente as necessidades higiénicas presentes, medicado conforme prescrição médica, observando-se sobre conduta da enfermagem.		
18/12/14 - menor em seu quadro cirúrgico EGR, consciente, orientado, mantém atenção ortopédica em MIE aceita a dieta oferecida, MCPM aos cuidados da equipe de enfermagem.		 Elaine Karla Henriques Medeiros ENFERMEIRA COREN-PB 379978
18/12/14 - menor em seu quadro EGR, consciente, orientado, pouco agitado, MCPM em repouso aos cuidados da equipe.		 Elaine Karla Henriques Medeiros ENFERMEIRA COREN-PB 379978
19/12/14 - menor evoluindo a seu procedimento cirúrgico ortopédico, consciente, orientado, responsivo, tranquilo, hidratado, higiene, captação preservada, eliminação vesical espontânea, nutrição oral, supressão febril, os exames permanecem em repouso com deambulação prejudicada devido a imobilização dos MMII, segue aos cuidados da equipe.		 Elaine Karla Henriques Medeiros ENFERMEIRA COREN-PB 379978



[illegible]

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452912 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO DANTAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/12/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE REFERE DORES EM LOCAL ESPORÁDICAS. AO EXAME, MOVIMENTOS PRESERVADOS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 31/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





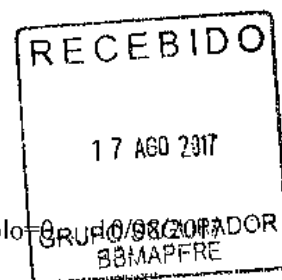
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima FERNANDO DANTAS DOS SANTOS	CPF da Vítima 70716205475
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ☐ ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

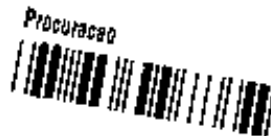
Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=882017>

PROCURAÇÃO



Outorgante: Josefa Flailma Dantas dos Santos
brasileiro(a), Solteiro Piscodema
portador(a) do RG nº. 2.293.336 expedido por SSP/PB em
09/07/2015 e do CPF nº. 028.325.254-58 residente na (o)
Rua Silvano Oliveira de Souza - 228
Barra Salutar, município de Picuí - PB CEP 58.193-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.826 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-85, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB, e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 18 de Maio de 2017.

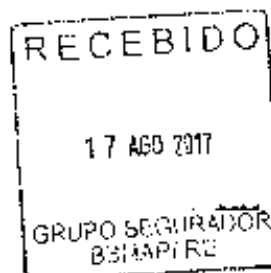


Josefa Flailma Dantas dos Santos
outorgante

PROCURAÇÃO

2º TABELIONATO, P. 100
Marlene Macedo de Araújo

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: 2ª Tab. 100
JOSEFA FLAILMA DANTAS DOS SANTOS - 09-07-2015
Dou. tá. Picuí/PB - 18/04/2017
Tabela Bel: MARLENE MACEDO DE ARAUJO
Emol R\$ 9,23, FARPEN R\$ 0,22, MP R\$ 0,15, FEPJ R\$ 1,89
Selo Digital: AEX91492-ESUS
Acesse o site <https://seodigital.tjb.jus.br>



**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): **FERNANDO DANTAS DOS SANTOS** Sinistro: **3170452912** Data: **03/12/2014**
Endereço do(a) Examinado(a): **R Silvino Oliveira de Souza, 228 - Pedro Solustino - Picuí - PB - CEP 58187-000**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **2293336**
Data local do exame: [**31/10/2017**] **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 DO FÊMUR ESQUERDO. PACIENTE REFERE DORES EM LOCAL ESPORÁDICAS. AO EXAME, MOVIMENTOS PRESERVADOS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR

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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

