



Número: **0816682-05.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37187353	27/11/2020 11:44	2768430_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087434

Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15546655





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087434

Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000564774-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087434 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,4,8,9,13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0070260/20 3 - CPF da vítima: 700.620.554-96 4 - Nome completo da vítima: Antonio Cardoso do Aguiar Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Cardoso do Aguiar Neto 6 - CPF: 700.620.554-96
7 - Profissão: Piloto 8 - Endereço: Rua Francisco Fernandes Neto 9 - Número: 158 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183/98805.6154

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 564774 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo, 23/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00119.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00119.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:46 horas do dia 14 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Antonio Cardoso de Aguiar Neto**, conhecido(a) por Antonio Neto, CPF nº 700.620.554-96, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Flávia Pereira de Araújo e Clemilson da Silva Aguiar, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 07/01/1999 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Farias Neto, Nº 158, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Gilson do Bode, na cidade de Boa Vista/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Pública, Zona Rural, Campina Grande/PB, bairro Catolé de Boa Vista; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/07/18 12:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2013, UF: PB, placa NQU-9513, chassi 9C2KC1670DR459779, renavam 00577856488, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013746953773; nº. P.r.t.: 20170000101097-8; nº. Lacre: 0042681720.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA LEVANDO UM AMIGO NA GARUPA, DEU DE CARA COM UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO "CAMINHÃO-BAÚ" PARADO SEM NENHUMA SINALIZAÇÃO NA VIA PÚBLICA E QUE NÃO FOI IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR DO VEÍCULO. E AO TENTAR DESVIAR DO MESMO, DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00119.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 14 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Noticiante

Procedimento Policial: 00119.01.2020.1.05.101

2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0070260/20 3 - CPF da vítima: 700.620.554-96 4 - Nome completo da vítima: Antonio Cardoso do Aguiar Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Cardoso do Aguiar Neto 6 - CPF: 700.620.554-96
7 - Profissão: Piloto 8 - Endereço: Rua Francisco Fernandes Neto 9 - Número: 158 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183/98805.6154

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 564774 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 23/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000564774-1

Nr. da Autenticação 41C9250900580456



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundo-via de conta

Releia para sempre pagamento da conta e a cobrança da energia elétrica

Nº 005.584.273



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.003.339-1

DADOS DO CLIENTE

AMELIA SEVERINA DO NASCIMENTO
RUA FRANCISCO FARIAS NETO 158
BOA VISTA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/107720-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	15/01/2020	119	06/02/2020	R\$ 102,21

Acesse: www.energisa.com.br

ESTA FAT. SERÁ DEBIT. NO BCO 0237				
Pagador: AMELIA SEVERINA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 884.915.014-87				
RUA FRANCISCO FARIAS NETO 158 - CENTRO - BOA VISTA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
	000107720202001	06/02/2020	R\$ 102,21	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário:				

Caixa Econômica

0041 - 013 - 564774-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:44:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711443698000000035486991>

Número do documento: 20112711443698000000035486991

13/07/2018

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

TENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1691966 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-309 Data: 13/07/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO CEP: 58400002 Nascimento: 07/01/1999

Endereço: SÍTIO CATOLE DE BOA VISTA Sexo: M Telefone: 87663438

Cidade: Campina Grande Idade: 019 Bairro: CATOLE DE BOA VISTA

Nome da Mãe: FLAVIA PEREIRA DE ARAUJO RG: Nº: 0

Responsável: FLAVIA CPF: Perfil: 3a

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 13/07/2018 CNS: 718903716864015

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 12:44:26 CONV. NIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Eritema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Irrigitação Verosa
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Moledura
27. Movimento torácico paroxístico
28. Obstrução Encaixado
29. Ostracismo
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Quiladura
34. Rincorrágia
35. Sinusite
36. Sinusite

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corp. oral lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: Trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido ao polo SHTU com relato de ser vítima de queda de 10 m no arcos de 4h, não ferido, uso de aparelho, nega perda da consciência, náuseas ou vômitos.

Nega qualquer ferimento ou contusão, refere apenas dor em MIB.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS: () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: 15 PA: 76 HGT: Sa 02 772

Exames físicos normais, sem sinais de trauma.
 () MIB + am. Ant. VIRA () MIB + am. Ant. VIRA () MIB + am. Ant. VIRA () MIB + am. Ant. VIRA
 () Hemodinamicamente estável, sangramento ativo em MIB.
 () EcG 12, pupilas isocóricas e reagentes.
 () Ausculta normal, rítmica, discreta, normal a palpitação, vesículas em MIB + pontos.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias: MIB, MIB + am. Ant. VIRA
 () Tomografia Computarizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às 13:00 Dia: 13/07/18

Especialista: / às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRISCRITÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL SHTU em EV oxigênio	
2	Exame físico + MIB EV oxigênio	
3	Alta da cirurgia geral	13:10h
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jarbas Fonseca
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 11032 / CRM-PE 23721

Ficha de Acolhimento

(feminino)

Nome:	Antonio Carlos de Aguiar Neto		
End:	Sítio Catolô de São Vito	Bairro:	Catolô de Boa
Data de Nascimento:	02.01.99	Documento de Identificação:	21812 (CG)
Queixa:	Dores no joelho	Data do Atend.:	13.07.18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	12:40
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

BRUNA MOURA DA SILVA
ENFERMEIRA
COREN-PB 225.345

Assinatura e carimbo do profissional



Data da internação: 13/07/2018 Hora: 14:29:29

 SUS		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 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856					
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1692018					
7 - CARTÃO DO SUS 708903716864015		8 - DATA DE NASCIMENTO 07/01/1999		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐					
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FLAVIA PEREIRA DE ARAUJO				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº de telefone 87663438					
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SITIO CATOLE DE BOA VISTA, 0, CATOLE DE BOA VISTA									
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400		15 - UF PB		16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidose metabólica da criança</i>									
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Atc C, R</i>									
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>X + E com Fina</i>									
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278218009			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/07/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)									
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO									
AUTORIZAÇÃO									
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							



Data da internação: 13/07/2018 Hora: 14:29:29

 SUS 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 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1692018	
7 - CARTÃO DO SUS 708903716864015	8 - DATA DE NASCIMENTO 07/01/1999	9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FLAVIA PEREIRA DE ARAUJO	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº de telefone 87663438	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO CATOLE DE BOA VISTA, 0, CATOLE DE BOA VISTA		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	15 - UF PB
16 - CEP 58400002		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acg c t d e de f o m i e n t a n d o e p a n d o</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTC CIR</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>IX + Exame Físico</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016278218009	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/07/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



13/07/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Suelio Moreira Torres
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇO: REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	C 30	IDADE
____	____	____
____	____	____
____	____	____
____	____	____



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:

Antonio Odeiro de Aguiar Neto

PRONTUÁRIO:

105

IDADE:

19 anos

SEXO:

M ☒ F ☐

COR:

B ☐ P ☐ A ☐

PESO:

72 kg

ALTURA:

1,70 m

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Pele limpa

RAIO X
REALIZADO EM:
13/07/2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia de tórax (D) AP e perfil Radiografia da pelve (D) AP e perfil

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

13/07/2018

HORA DA SOLICITAÇÃO:

12:57

Dr. Jairbas Fonseca
Cirurgião Geral
CRM: 10002/CRM-PE 2371
Carimbo e Assinatura do Médico

NOME:	Antonio Carlos de Souza										PRONTUÁRIO:	112
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

DADOS CLÍNICOS:

RADIO X
REALIZADO EM:
15/07/2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Ex de Tórax (L) AP e Lateral
Ex de Joelho (L) AP e Lateral (sem Tala)URGÊNCIA: ☐ROTINA: ☐

DATA: 13/07/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Antonio Cardoso da Aguiar Neto 07-01-1999

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

Solo 04 SUS 19 1691966

CIRURGIA + + + + + ANESTESIA

Escatari de Bloqueio do Bier + Sada + Dr. Tamer

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM

18-08-18 17:45 18:45

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calei p/ Oxo		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml - Ind. S IV	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml - Midolone 01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina - Mercaina 01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml		Mononylon	2-co
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparina ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanaklon amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupitanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	01	Bioimitante	
02	Filobes	Sonda Uretral n°			
03	condesculion	Steridrem ml			
		Tornearinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 13	Geicon 22			
	Agulha desc. 28 x 28	Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque n°				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- X Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- X Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- () Foco Auxiliar
- () Eletrocautério
- () Oxícapnógrafo
- () Cardiomonitor
- () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

edjany 200

MOD 66C





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>Antonio Cordon de Aguiar</i>		Nº Prontuário <i>1692018</i>	
Data da Operação <i>01.08.18</i>		Enf. <i>CIRURGICA</i>	Leito <i>7-3</i>
Operador <i>Dr. Aristóteles</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Julio (MRS)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Euler (MRS)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. Scapula de Aguiar</i>			
Tipo de Operação <i>Osteonidex</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

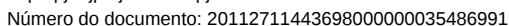
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1 Paciente sob DDH sob anestesia</i>
<i>2 Anestesia + antiespasmódico + campo estéril</i>
<i>3 Redução imediata do foco de fratura sob escopo</i>
<i>4 Posicionamento de fio guia que incisão minimamente invasiva</i>
<i>em foco da de fratura esquerda sob escopo</i>
<i>5 Osteonidex com parafuso de Hilt sob escopo</i>
<i>6 Fio FO + nádeira + curativo</i>
<i>1</i>
<i>2</i>
Dr. Euler Fabrício A. M.
MS ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 899

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



HT01 GCN9



GOVERNO DO PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
REQUISIÇÃO DE EXAM

[illegible]

OS CLÍNICOS:

POI $\Gamma \times \text{prolog} \rightarrow \text{E}$

11.80.10

REAL A EXAMINAR:

IES SOLICITADOS:

Rx puntos E, AP, Per Pul y Oligos

NÚMERO: ☒	ROTINA: ☐	NOME: Dr. Carlos Roberto A. Cruz Nº IDENTIFIC. PROFISSIONAL: 100 CRM-PB: 9907	Assinatura e Assinatura do Médico
010818	HORA DA SOLICITAÇÃO:		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Antonio Cardoso Alojamento 9 Leito 9 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/07	1 - Dieta livre	5:00	Pt qm da
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	13:00	e defecando
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	18:00	e Prontico
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	18:00	C. 07
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	06:00	C. 7: 17:00 - 07
	6 - C. C. G.		
	10. clinda 600 EV 6/6 h	06:00	
	11. c. w. 2:00	17:00	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

09

5 10

12/10/20

fx escarificada

Paciente Antonio Cardoso de Azevedo, 19 Alojamento _____ Leito _____ Convênio _____

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/10/20	1 DIETA LIVRE	CT	1º DJH
	2 JELCO SALINIZADO	CT	Beb. extrol. s/ queros.
	3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12 16 18 20	diurese (+) encardido (+)
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	CT	ed. vpm
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	12 16 18 20	Apurada cirurgia.
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	CT	
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM	CT	
	8 CLEXANE 40MG SC AS 20H (12, 16, 20)	CT	
	9 SSVV+CCGG	CT	
	10 Cloridr. 600mg + 100ml EV 6/6h	12 16 18 20	
	11 curativo Diérese.	CT	

14

24



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. 10.1.2 (6)

Paciente	Antonio Gomes, 19	Alojamento	9	Leito		Convênio	
----------	-------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/07	1 DIETA LIVRE		23 DSH
	2 JELCO SALINIZADO N° 18		
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12/18	24/06
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12/18	24/06
	5 TIATIL 20MG + ABD EV 12/12H	12/24	
	6 TFAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/3H SN		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM		
	9 CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
	10 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H		
	11 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	12 CURATIVO DIÁRIO		
	13 SSVV + CCGG		

Dr Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PS 10.438

Dr. Yury Pava
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 12.112

MOD. 035



PD - 312X80 Percento corrente
Obrigado por mlp, pntes
pntes pntes, pntes pntes
pntes on curado da equipe

Maurício Deodoro Rodrigues
CPF: 000.000.000-11

3/11

3/11
3/11
3/11

3/11

3/11

3/11

3/11

3/11

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <u>Antônio Cardoso</u>					
IDADE: <u>79</u>	SEXO: M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h			
SETOR:		LEITO: <u>9</u>			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐				
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐				
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐				
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒ SNG ☐ SNE ☐				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐				
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>procedimentos invasivos</u>				
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
☐ NÁUSEA	CD/FR:				
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:				
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
<u>Bárbara Albuquerque V. Araújo</u> COREN-PB 538.571-ENF					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>10 20</u>			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			<u>pe</u>		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>M T N</u>			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>			
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>continua</u>			

MOD 125



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
----------	-------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/12	1. Dieta <i>hídrica</i>		
	2. S.R. 1500ml EV/24h <i>(12/16)</i>		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		
	4. Tilaíl 20mg + AD EV 12/12h <i>12/12h</i>		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum <i>16/16</i>		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clezane 40mg SC/dia <i>16/16</i>		
	9. SSV + CCGG <i>16/16</i>		
	<i>Dr. Wagner Falcão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 8043		
	<i>Dr. Wagner Falcão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 8043		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
LABORATÓRIO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Diagnóstico

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Paciente
Data

Albino
Prescrição Médica

Dieta livre

SC 0,5% ASACORT EV em-24hs

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Omeprazol 40 mg EV / dia

Hidral 20mg EV / 2/12hs

Insulina 10 unidades SC EV 8/20hs

Flasol 2ml + GL EV 8/20hs

Enxofre 20mg SC / dia

SSV - CCUG

Horário

12h

18h

06h

06h

06h

Informante

Evolução Médica

Is. infarto

Paciente infarto

Aguardar

Unidade

Unidade

Unidade

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Artur Guedes, 19	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
20/07	1 DIETA LIVRE 2 DIPIRONA 500MG 1 CP VO 6/6H 3 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR PERSISTENTE II 4 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 5 SSVV+CCGG 6 7 8 9 10 11 12		(S) (S)	(S) (C) (Paz)		BEB. ESTÁVEL. SI DISTINGUE. SI BASTA NO MOMENTO. MUNDO (F) AUTOCES (F) CD: VPM Admissão Cirurgia Dr. Yana Pedro SUS UFPA

MOD. 035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK
OK

Ex. Escorpido E.

Paciente: Albino Anderson, 19 Alojamento: Leito: 9 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/02	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM		
	8 CLEXANE 40MG SC AS 20H		
	9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	10 SSVV+CCGG		
	11 <u>Exame físico completo</u>		
	12		



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX ESCAFÓIDE E

Paciente	ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO, 19
----------	------------------------------------

Alojamento	
------------	--

Leito

Convênio

[illegible]

MOD. 035



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
DARCI ALVES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Paciente

Data

Prescrição médica

Hierário

Enfermagem

Evolução Médica

Leito

Adão Cardoso

Dietas livre

SF 200 ml EV 24hs

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Omeprazol 40 ml EV / dia

Tiabil 20mg EV 12/12hs

Levental 20mg + SF EV 8/8hs SN

Prasid 2ml + AD EV 8/8hs SN

Glicose 50mg 5% + chm

SSV + CCGG

IVC

12

13

14

15

16

San referenciados.

VPR

Dr. Enaldo E

Dr. Enaldo E

Dr. Enaldo E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX ESCAFÓIDE E

Paciente	ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO, 19	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
24/7	1 DIETA LIVRE	11h		
	2 JELCO SALINIZADO	12h 18h 24h 06	Bico. estável. si. diminuído.	
	3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6h			
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8h SN			
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		col. V. m	
	6 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	12h 18h 24h 06	Aguardar cirurgia	
	7 SSVV + CCGG			
	8 Retirar pontos de punção			
	9			
	10			
	11			
25/7	Dieta livre	12h 18h 24h 06	Bico. estável	
	Jelco		Con. V. m	
	Dipirona = 500mg EV 6/6h			
	Volturne = 75mg IV em 12h 12h + SN			
	SSVW + CCGG			
	Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM: 14.126-2		Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM: 14.126-2	

MOD. 035



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

for example: (c)

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Antonio Cardoso, 19			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/07	1. Dieta <i>líquida</i>	<i>AM</i>	
	2. SRL 1500ml EV/24h	<i>X</i>	<i>13 = DL 4.</i>
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	<i>12 AM</i>	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<i>12 AM</i>	<i>BVG. 24h de 21 pontos -</i>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum <i>(suspenso)</i>	<i>12 AM</i>	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		<i>cd. v/m</i>
	8. Clexane 40mg SC/dia <i>(inj. p.m.)</i>		<i>Agente antipla</i>
	9. SSVV + CCGG	<i>AM</i>	
	<i>10. Anticoagulante</i>	<i>AM</i>	
			<i>Dr. Vitor Paulo</i>
			<i>Residência Médica</i>
			<i>Clinica de Medicina</i>



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Hy. Sulfide (+)

Paciente	Antonio Cardoso, 19	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
07/12/7	1 DIETA LIVRE 2 DIPIRONA 500MG 1 CP VO 6/6H 3 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR PERSISTENTE 4 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 5 SSVV+CCGG 6 7 8 9 10 11 12	SND 15- GT	21 24			142 DTU BEG. ESTÁVEL. SI O'STOMÍAS. SI QUEIXAS MUNDO (+) EVOLUÇÃO (-) CO: VPM Apresenta cirurgia. Dr. Vinícius RUIZ SILVA CRM 12.547

MOD. 035



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antonio Cardoso, 19	Alojamento	7	Leito	3	Convênio	
----------	---------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/08	1 DIETA LIVRE 2600 calorias 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 6 SSVV + CCGG 7 8	08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h	17h 05H REG. Estável. S/ distúrbios S/ sintomas mucosa () rosea 21 Vítim Aguarda anágia.
31/08	1 DIETA LIVRE 2600 calorias 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 6 SSVV + CCGG 7 8	08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h	17h 05H REG. Estável. S/ distúrbios S/ sintomas mucosa () rosea 21 Vítim Aguarda anágia.



Data: 01-08
Hora: 20:00

PA = 110
70

Pct retornou do ec medicament
e PM, segue sem queixos
das evoluções da enferma-
gem.

Fernanda Raíssa S. A. Lucena
Téc. EM ENFERMAGEM
COREN-PB 123.837



Handwritten notes and signatures on lined paper. The text is written in blue ink and includes:

- Top left: "5/10/18"
- Top center: "Luz"
- Top right: "Luz"
- Middle left: "Luz"
- Middle right: "Luz"
- Bottom left: "Luz"
- Bottom right: "Luz"



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente 1692018 Anderson Cardoso, 19 Alojamento 7 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/08	① Dieta livre após RPA ② SGL 1000 ml IV 048 ③ Clindamicina 600mg IV 6/68 ④ Diltiazem 15+ 40 IV 6/68 ⑤ Folic acid 20mg + AD IV 12/128 ⑥ SSUV + CEGG	24/08 24/08 24/08 24/08 CR	POL sem intercorrências cp. VP4 + K₂ de controle Dr. Emar Falcão A. Cruz Médico de Emergência e Traumatologia CRM-PE 0007
02/08	Curas livres - fístula livre com poliquet Alta		02/08/20 - Paciente estável - fístula / ARV - sem fístula distal - fístula distal curada Alta



Diagnóstico

POI em suspensão E

3

Leito

7

Alojamento

Convênio

FOLHA DE TRATAMENTO/EVOLUÇÃO

Prescrição Médica

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

Horário

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

24 DE

Evolução Médica

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

POI em suspensão E

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

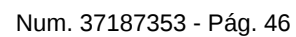
Curativo
+ 100% cura com poliquet

Alto

Alto

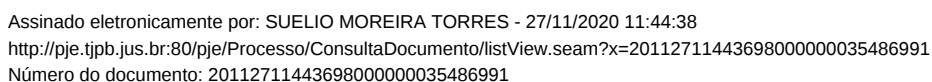
DIAGNOSTICO
F. O. Examinado (E)

[Handwritten signature]



DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO
Fr. Escapada = ③





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, ____ de ____ de ____

Responsável pelo resumo



11. 02/02/2020

10/02

10/02

10/02

10/02

10/02

10/02

10/02 - 10/02

10/02



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	P-234
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
	
Assinatura: Antonio Cardoso de Aguiar Neto	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
	
Assinatura: Antonio Cardoso de Aguiar Neto	





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 013746953773	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD RENAVAM	DATA	EXERCÍCIO
1	00525076140	00/00000000	2017
NOME			
VANDENEERCH LAURENTINO DA SILVA			
CPF/CNPJ	PLACA		
08577858488	005513/PE		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
NOVO	902K01670DR459779		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLETA	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD	
HONDA/CQ 150 FAN ESI	2013	2013	
CAP/PQT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS	
1	00/00/0000	1º	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º	
1	0	3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
00000000	00000000	00000000	07/10/2017
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
SOLEDADE	UF	LOCAL	DATA
42234	PE		27/10/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE YOU POR SUELO CARGA A PESSOAS E TRANSPORTAÇÕES OU NÃO - SEGURO DPVAT				
PB Nº 013746953773 BILHETE DE SEGURO DPVAT				
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA				
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204				
VIA	CPF/CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	08577858488	005513/PE	2017	07/10/2017
RENAVAM	MARCA/MODELO	ANO FAB	CAT. IAF	Nº CHASSI
00525076140	HONDA/CQ 150 FAN ESI	2013	9	902K01670DR459779
PRÊMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
00000000	00000000	00000000		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	SEGURO	TOTAL A SER PAGO SOFIMATO, RL	
00000000	00000000	00000000	00000000	
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITACAO	
00000000	00000000	00000000	07/10/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 09.248.608/0001-04				
38170-1405563-20171027				
AGO-2017				

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070260/20

Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

CPF: 700.620.554-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO : 700.620.554-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO
CPF: 700.620.554-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

