



Número: **0815338-86.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.192,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Periciais, Honorários**

**Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                       |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| JOSMAN PEREIRA COSTA (AUTOR) |                    | RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)           |                   |
| ITAU SEGUROS S/A (REU)       |                    |  |                   |
| Documentos                   |                    |  |                   |
| Id.                          | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 37721686                     | 11/12/2020 10:03   | <a href="#">2771414_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

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,

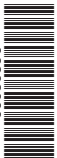
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14554331

Pag. 00779/00780 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030390





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00425/00426 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070213



Carta nº 14554769



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>

Número do documento: 20121110033760000000035985453



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190423682**

**Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: JOSMAN PEREIRA COSTA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 2221**

**Conta: 0000042228-1**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

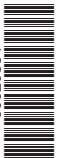
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01761/01762 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020881



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>

Número do documento: 20121110033760000000035985453

Num. 37721686 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190423682

Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 10/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00073/00074 - carta\_09 - INVALIDEZ

00020037



Carta nº 14764317





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0234939/19 3 - CPF da vítima: 016.199.684-10 4 - Nome completo da vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA

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

5 - Nome completo: JOSMAN PEREIRA COSTA 6 - CPF: 016.199.684-10

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA: SARGENTO EDSON SALES 9 - Número: 364 10 - Complemento: 1º ANDAR

11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.407-033

15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): (83) 9.9614-5661

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 00042228 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascidos (vivos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

11 JUL 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMPINA GRANDE - 11 DE JULHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

(assinadas) não solucionadas)

**CAIXA**



"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Canal de Atendimento ao Consumidor

CCB/AGÊNCIA : 2221 / FICP, PB  
CONTA : 013.00042228-1  
NOME : JOSEMAN PEREIRA COSTA





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (81) 3310-9319



Ocorrência Nº 000148/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que reverendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/19 registrada em 28/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. JOSMAN PEREIRA COSTA, com 27 anos de idade, filho de JOSIMAR ALVES DA COSTA e RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.362.988, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SARGENTO EDSON SALES, 364, bairro MONTE CASTELO, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 18h20min do dia 29.12.2018, estava trafegando pela Rua Tomé de Souza, no Bairro de José Pinheiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680FR504389, de placa PMN-2270/PB, licenciada em nome de Hyllker Barbosa Silva, pilotada pelo proprietário, quando um ciclista não identificado desceu de uma calçada e entrou na pista de rolamento, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão, tendo o condutor da motocicleta perdido o controle de direção e todos caíram ao solo, ocasionando ferimentos graves no comunicante, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da moto e o ciclista sofreram apenas escoriações pelo corpo; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o ciclista que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

José Alberto do Nascimento  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 090.241-1  
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0234939/19

3 - CPF da vítima:

016.199.684-10

4 - Nome completo da vítima:

JOSMAN PEREIRA COSTA

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

5 - Nome completo:

JOSMAN PEREIRA COSTA

6 - CPF:

016.199.684-10

7 - Profissão:

RECUSOU

8 - Endereço:

RUA: SARGENTO EDSON SALES

9 - Número:

364

10 - Complemento:

1º ANDAR

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.407-033

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel. (DDD):

(83) 9.9614-5661

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\$1.00 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2221

CONTA: 00042228

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (foi nascido)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMPINA GRANDE - 11 DE JULHO DE 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# 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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSMAN PEREIRA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000042228-1

---

---

Nr. da Autenticação B0FFCFB4EC259444



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é exigível via de conta

Bolero para simplificar pagamento da fatura energética na energia elétrica Nº 003.901.150



ENERGISA DORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 150 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-00 Insc. Est. 16.903.539-1

## DADOS DO CLIENTE

JOSMAN PEREIRA COSTA  
RUA SGT EDISON SALES 364 1º ANDAR  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/163671-1

## REFERÊNCIA

JUN/2019

## APRESENTAÇÃO

06/06/2019

## CONSUMO

126

## VENCIMENTO

13/06/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 84,11

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JOSMAN PEREIRA COSTA

Telefone: 04-401-258-4850

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

## VENCIMENTO

13/06/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 84,11

## MATRÍCULA

163671-2019-06-E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>

Número do documento: 20121110033760000000035985453



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, HYLLKER BARBOSA SILVA,  
RG nº 4.183.580, data de expedição 20/08/13,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 705.814.634-98,  
com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA: YAYA DE AZEVEDO, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSMAN PEREIRA COSTA, cujo o condutor era  
JOSMAN PEREIRA COSTA,  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 150 FAN ESDI Ano: 2014  
Placa: PMN 2270 Chassi: 9C2KC1680FR 504389  
Data do Acidente: 29/12/2018

Local e Data: CAMPINA GRANDE - 18 DE JUNHO DE 2019

5º Ofício

HYLLKER BARBOSA SILVA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGINA FRANÇA  
Assinatura eletrônica e digitalizada  
HYLLKER BARBOSA SILVA  
Em test. da verdade, Campina Grande-PB 25/06/2019 12:27:47  
Pauline Viana dos Santos - Substituta  
[2019-004594]EML:R\$ 29,91 FAPENGR: 0,29 FEPU:R\$ 1,98 ISOL:R\$ 1,98  
SELO DIGITAL: A1019080-9FXD  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111003376000000035985453>

Número do documento: 2012111003376000000035985453

Num. 37721686 - Pág. 12



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, **HYLLKER BARBOSA SILVA**

RG nº **4.183.580**, data de expedição **20 / 08 / 2013**,

Órgão **SSP/PB**, portador do CPF nº **705.814.634-98**

com domicílio na cidade de **CAMPINA GRANDE**, no Estado de

**PARÁIBA**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

**RUA: YAYA DE AZEVEDO**, nº **260**

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

**JOSMAN PEREIRA COSTA**, cujo o condutor era

**HYLLKER BARBOSA SILVA**

Veículo: **MOTOCICLETA** Modelo: **CG 150 FAN ESDI** Ano: **2014**

Placa: **PMN 2270** Chassi: **9C2KC1680FR504389**

Data do Acidente: **29 / 12 / 2018**



Local e Data: **CAMPINA GRANDE/PB - 23 DE JULHO DE 2019**

*X* **HYLLKER BARBOSA SILVA**

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**REGINA FRANÇA**  
EXPERTO EM IMÓVEIS E REGISTROS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
**HYLLKER BARBOSA SILVA**

Em test.da verdade. Campina Grande-PB 24/07/2019 13:04:13

Ana Karoliny de Lima Santos - Escrevente

[2019-005394]EML:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,58 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1557408-09D3

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



Ana Karoliny de Lima Santos  
Escrevente Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



Ocorrência N° 000148/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000148/19 registrada em 28/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela, JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. JOSMAN PEREIRA COSTA, com 27 anos de idade, filho de JOSIMAR ALVES DA COSTA e RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Médio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 3.362.988, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SARGENTO EDSON SALES, 364, bairro MONTE CASTELO, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 18h20min do dia 29.12.2018, estava trafegando pela Rua Tomé de Souza, no Bairro de José Pinheiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi n° 9C2KC1680FR504389, de placa PMN-2270/PB, licenciada em nome de Hyllker Barbosa Silva, pilotada pelo proprietário, quando um ciclista não identificado desceu de uma calçada e entrou na pista de rolamento, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão, tendo o condutor da motocicleta perdido o controle de direção e todos caíram ao solo, ocasionando ferimentos graves no comunicante, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da moto e o ciclista sofreram apenas escoriações pelo corpo; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o ciclista que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO  
Mat. 090.222.111

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





29/12/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1803304

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.779.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809 Data: 29/12/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: JOSMAN PEREIRA

CEP: 58400002

Nascimento: 01/02/1992

COSTA

Sexo: M

Telefone: 98768083

Endereço: RUA SILVA JARDIM

Idade: 026

Bairro: JOSE PINHEIRO

Cidade: Campina Grande

RG: 3362485

Nº 998

Nome da Mãe: RILHEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

CPF:

Profissão: PEDREIRO

Responsável: JANAÍNA DA SILVA

Data de

CNS: 700606980405860

Estado Civil: Não Estável

Atend 29/12/2018

CONVÊNIO SUS:

Motivo:

LENTE DE MOTO

Hora: 19:06:48

CONVÊNIO SUS:

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- |                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão             | 19. Fratura óssea fechada        |
| 2. Amputação           | 20. Fratura óssea aberta         |
| 3. Avulsão             | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão            | 22. Injúria de membros Venoza    |
| 5. Crepitação          | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                 | 24. Lesão tendinosa              |
| 7. Edema               | 25. Luxação                      |
| 8. Empatamento         | 26. Mordedura                    |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento        | 28. Objeto Encaixado             |
| 11. Equimose           | 29. Otorrágia                    |
| 12. F. Arma branca     | 30. Perforação                   |
| 13. F. Arma de fogo    | 31. Paralisia                    |
| 14. F. Coriça          | 32. Parastasia                   |
| 15. F. Contante        | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Corto-cortura   | 34. Rinite                       |
| 17. F. Perfuro-cortura | 35. Sinal de fraqueza            |
| 18. F. Perfuro-cortura | 36.                              |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Acidente de moto

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de moto de ciclo dentro de uma rua asfaltada, representando a ocorrência de uma lesão corporal de natureza traumática. O paciente foi encontrado no local do acidente, apresentando lesões em membros superiores e inferiores. Foi realizado o exame físico e constatado que o paciente não apresenta sinais de vida ameaçada. Foi realizado o exame físico e constatado que o paciente não apresenta sinais de vida ameaçada.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: ☒ Fotorreagentes ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: 15

PA:

JGT:



EXAMES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais☐ Ultrassonografia:☐ Gasometria arterial☐ Radiografias:☐ Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Santopaulo NUB 3531.55

Dia: 29/12/18

Especialista:

às

Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

148/projeto/imp/urgencia.php?contar=1803304

1/2



### HTCG-Principal Administrative

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

29/12/18

0. A specific

20:402

→ Soluto e de Proão: Pet tCE e  
Lalad e Walraio NCR

Pit c/ 7x time passed & onwards liberating de city and p/ internacy hospital

# NEUTRALIZATION

GA2000 13 iso

the mms. WENA... 8020000  
GIVEN, 2000 8020000

\_\_\_\_\_

#21 23 #Caring's Bond

bagi ke awal ada apa yang terjadi. Ada di  
bagi pribadi. @. Saya pikir, da. kemudian  
kemudian ada yang lain. Terus, kemudian ada  
kemudian.

# C4: Alta da Comissão Geral  
de renovação da educação Nova e atualizada.

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

X Willardi P. do Amaral  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

### SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

490

iDADE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

[B/projetohtc.org/imprescindible.php?contar=18033D4](http://projetohtc.org/imprescindible.php?contar=18033D4)

252



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>

Número do documento: 2012111003376000000035985453

Num. 37721686 - Pág. 16

MOD. 017

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

**SUS**  
 Sistema Único de Saúde  
 Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

**Folha 1/2**

1 - Nome do paciente: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 2 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 3 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 4 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 5 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 6 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 7 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 8 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 9 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 10 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 11 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 12 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 13 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 14 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 15 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 16 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 17 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 18 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 19 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 20 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 21 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 22 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 23 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 24 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 25 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 26 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 27 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 28 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 29 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 30 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 31 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 32 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 33 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 34 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 35 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 36 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 37 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 38 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 39 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 40 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 41 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 42 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 43 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 44 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 45 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 46 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 47 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 48 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 49 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 50 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 51 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 52 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 53 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 54 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 55 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 56 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 57 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 58 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 59 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 60 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 61 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 62 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 63 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 64 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 65 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 66 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 67 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 68 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 69 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 70 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 71 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 72 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 73 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 74 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 75 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 76 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 77 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 78 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 79 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 80 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 81 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 82 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 83 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 84 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 85 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 86 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 87 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 88 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 89 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 90 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 91 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 92 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 93 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 94 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 95 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 96 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 97 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 98 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 99 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
 100 - Nome do responsável: JOSEFA FERREIRA DA SILVA

Folha 1/2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

ចង្កៀបបង្កើតឡើង

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

⑦  $\frac{1}{2}$  of 100

2-2

[illegible]

**GIVEAWAY!**  
**DALFARABAN**

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

## Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO

DELM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2<sup>nd</sup> Male child -

[illegible]

DIAGNÓSTICO

Ep. Pál. nhl

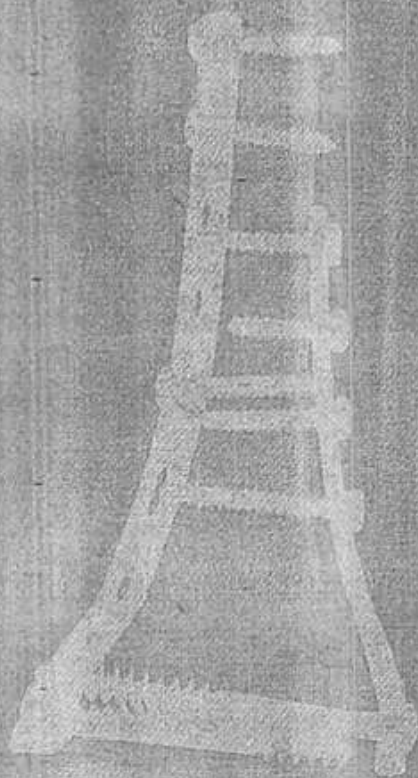
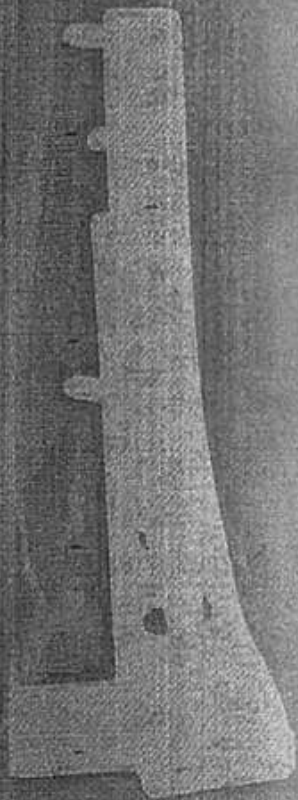
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

B-2

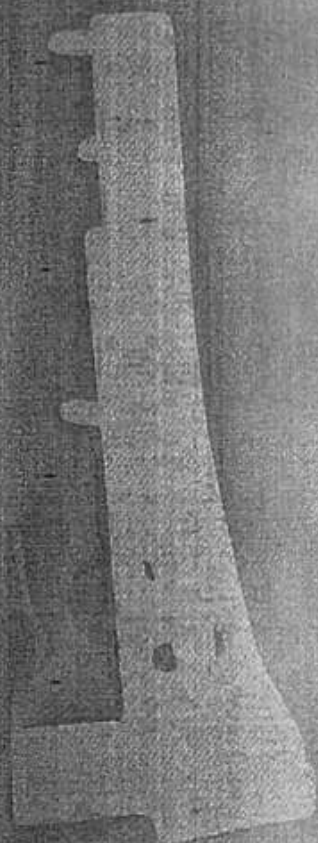
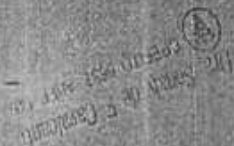
| Paciente | Jasmim Pereira                             |         | Alojamento:  | 8 | Leito | 21 | Convênio |  |
|----------|--|---------|--|---|-------|----|----------|--|
| Data     | Prescrição Médica                          | Horário | Evolução Médica  |   |       |    |          |  |
| 13/21    | 1. Dieta Luv.                              |         | <p>Bol. Antif. si. pericard.</p> <p>Dipirona 600mg</p> <p>Ad: UPM</p> <p>Pronto socorro.</p> |   |       |    |          |  |
|          | 2. SML-1500ml EV/24h → folha.              |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 3. Dipirona 620ml + AD EV 05/06h           |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h             |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 5. Omeprazol 40mg EV/jejum, d. 9, 10, 11   |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 7. Nauseadron D1 FA + AD EV 8/8h SN        |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 8. Clexane 40mg SC/dia                     |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 9. SSVV + CCGG                             |         |  |   |       |    |          |  |
|          | 10. Medicação de dor 10 i/dia.             |         |  |   |       |    |          |  |

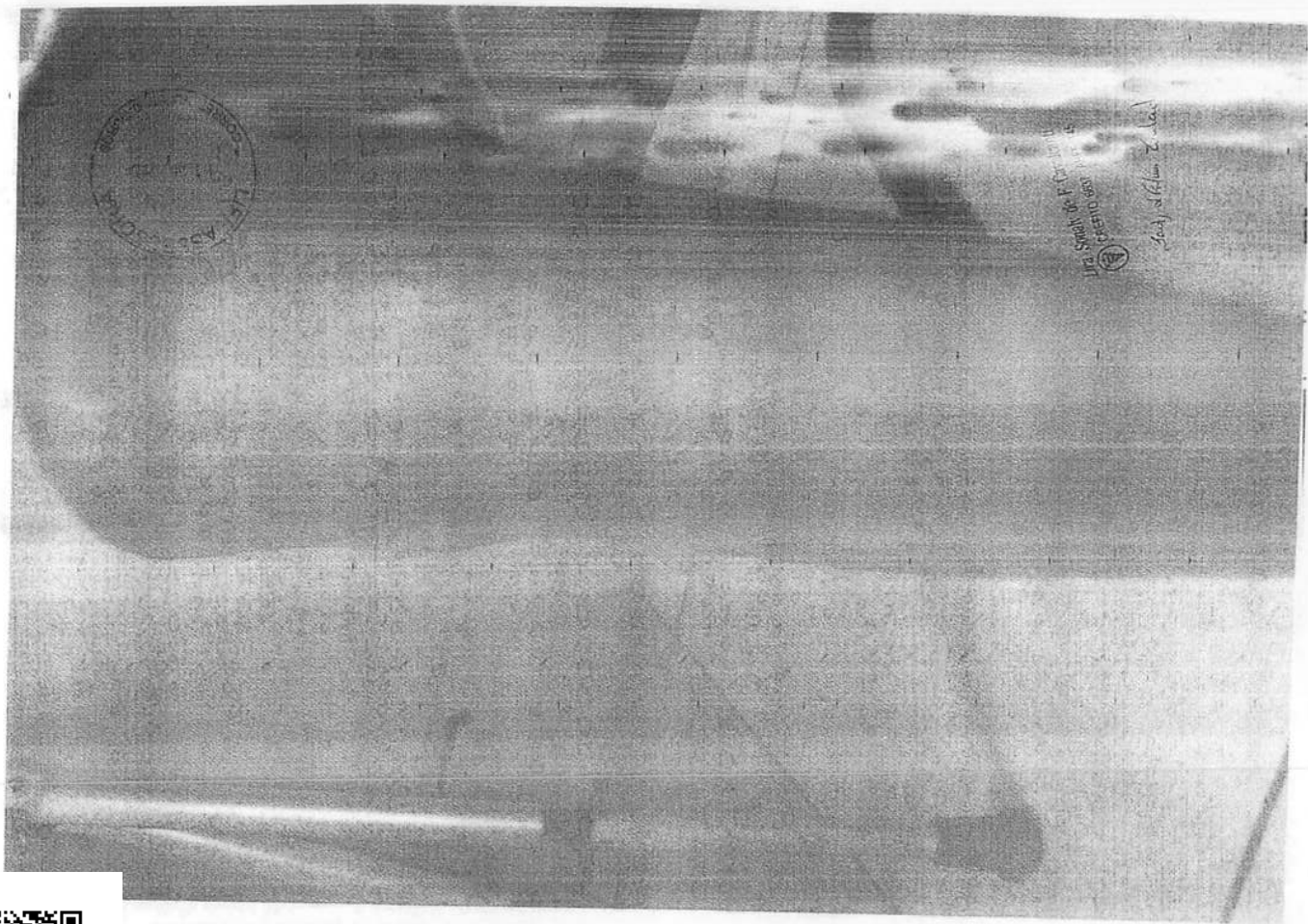


13  
10/12/2020 10:03:37  
SUELIO MOREIRA TORRES

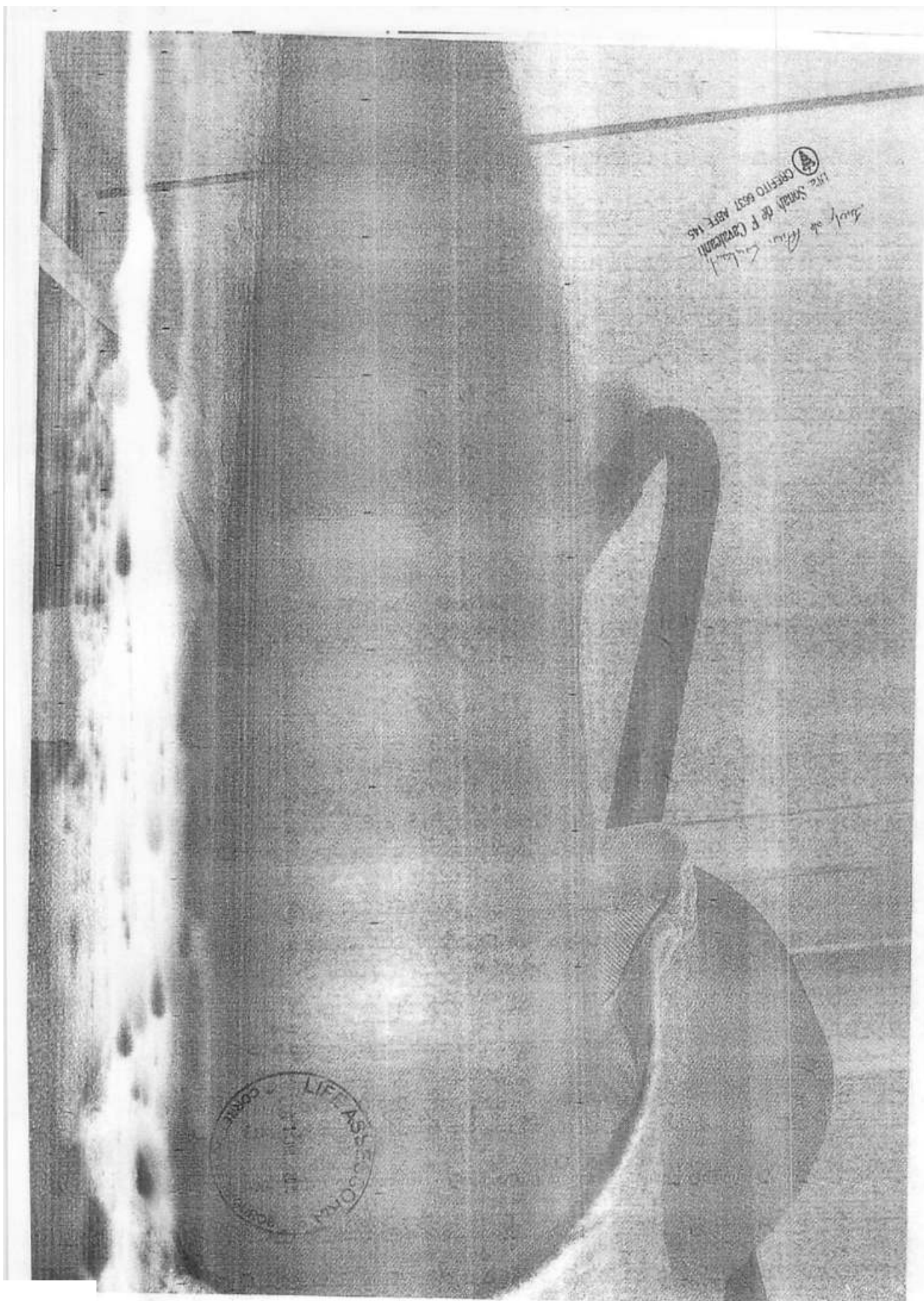












# Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

RUA RODRIGUES ALVES 1580 - BODOCONGO - CEP 58429-145 - CAMPINA GRANDE-PARAIBA Fone: 83 3333-3000

WinAudio (#WAUD1218359)

Avaliação Audiológica

Emissão: 08/07/2019

Funcionário/Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Exame: 08/07/2019

Idade: 27 anos e 5 mes(es)

Sexo: Masculino

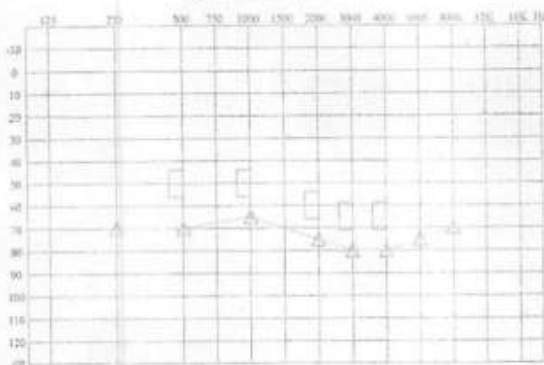
Tipo de Consulta: Particular

Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 03/08/2018)

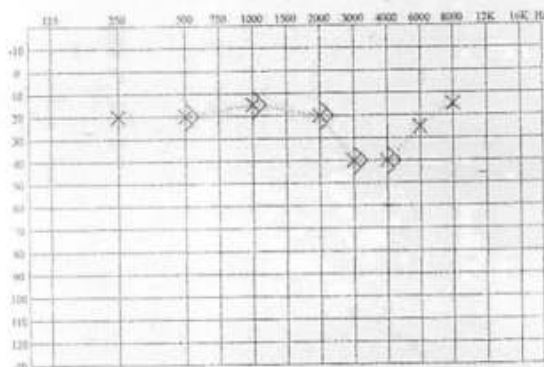


## AUDIOMETRIA TONAL

### ORELHA DIREITA



### ORELHA ESQUERDA



## Mascaramento (em dB)

|    | VA / NB |     | VO  |     | LOGO<br>Quant |
|----|---------|-----|-----|-----|---------------|
|    | Min     | Max | Min | Max |               |
| OD |         |     |     |     |               |
| OE | 55      | 80  | 55  | 80  |               |

## PARECER AUDIOLÓGICO

Limiares auditivos preservados na OE, exceto nas freqs. 3 e 4KHz as quais apresentam perda sensorineural de grau leve. Perda auditiva mista de grau moderado a severo na OD.

*Andreza R. S. Martins*  
CRFa: 7567 Andreza Rodrigues Santos Martins  
FONE: 83 3333-3000  
FONE: 83 3333-3000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111003376000000035985453>

Número do documento: 2012111003376000000035985453



**Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar perícias DPVAT



### LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Nome:** Josman Pereira Costa

**Endereço:** Rua: Silva Jardim, 998, José Pinheiro Campina Grande, PB

**Data do Sinistro:** 29 de dezembro de 2018.

**Descrição da vítima:** Acidente de Moto.

Socorrido e levado para Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Politraumatismo (TCE e fratura de platô tibia)

**Tratamento:** Politraumatismo

TCE - Drenagem de hematoma, sutura do couro cabeludo.

Fratura do platô tibial – osteossíntese com placas e parafusos

**Sequela apresentada ao exame físico:**

**TCE**

- Dores de cabeça.
- Tontura algumas vezes.
- Audição comprometida (AUDIOMETRIA EM ANEXO)

**Fratura do platô tibial**

- Limitação articular do joelho direito
- Atrofia muscular
- Dor aos movimentos articular do joelho direito
- Claudicação

**Conclusão:** Sequela de TCE em grau moderado com comprometimento funcional em 60%.

Sequela de MID em grau moderado com comprometimento funcional e anômico em 70 %. Sequelas definitivas.

Campina Grande 04 de julho de 2019.

Campina Grande, PB, Cel.83.9.8801.8127

*Sonaly de Fatima Cavalcanti*  
**Dra. Sonaly de F Cavalcanti**  
CREFITO 6637 ABFF 145



NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA

PRONTUÁRIO: 1803350

UTI – ROSA

IDADE

DUTI

1º

LEITO: 16

| DATA            | EVOLUÇÃO MÉDICA ADMISSÃO EM 30/12/18   |     |     |    |    |      |      |     |     |         |
|-----------------|--|-----|-----|----|----|------|------|-----|-----|---------|
| 30/12/2018      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• POLITRAUMA – ACIDENTE DE MOTO</li> <li>• TCE GRAVE: HEDA</li> <li>• PO NCR: DRENAGEM DE HEDA</li> <li>• FRATURA DE PLATO TIBIAL</li> </ul>  |     |     |    |    |      |      |     |     |         |
| HD              | EM USO: ***<br><input checked="" type="checkbox"/> TOT<br><input checked="" type="checkbox"/> AVP<br><input checked="" type="checkbox"/> DRENO<br><input checked="" type="checkbox"/> SNG / SNE / SOG<br><input checked="" type="checkbox"/> SVD<br><input type="checkbox"/> OUTROS:   |     |     |    |    |      |      |     |     |         |
| DISPOSITIVOS    |  |     |     |    |    |      |      |     |     |         |
| CONTROLES 24h   |  | PAS | PAD | FC | FR | SpO2 | T°   | PVC | HGT | DIURESE |
|                 | MAX.   | 170 | 110 | 78 | 12 | 98   | 36,9 | **  | **  | *****   |
|                 | MIN.   | **  | **  | ** | ** | **   | **   | **  | **  |         |
| EVOLUÇÃO DIÁRIA | PACIENTE ADMITIDO PROVENIENTE CENTRO CIRURGICO VENTILANDO POR TOT + VMI SEM SEDOANALGESIA, BEM ADAPTADO AO VENTILADOR. ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE SEM DVA OU INOTROPICOS. DIURESE PRESENTE POR SVD SEM SINAIS DE ITU. POS OP IMEDIATO NCR SEM INTERCORRENCIAS<br>ACV : RCR EM 2T BNF SEM SOPROS.<br>AR : MV + AHT SRA<br>ABDOME: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO.<br>EXTREMIDADES : SEM EDEMA BEM PERFUNDIDAS |     |     |    |    |      |      |     |     |         |
| CONDUTA         | 1. SUPORTE CLINICO INTENSIVO<br>2. ACOMPANHAMENTO CONJUNTO NCR<br>3. SOLICITO EXAMES LAB + RADIOGRAFIA DE TORAX + GASOMETRIA<br>4. VPM   |     |     |    |    |      |      |     |     |         |





GOVERNO  
DA PARAÍBA

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

"DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES"

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)



NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA

SEXO: MASCULINO

IDADE: 26 ANOS

DATA NASCIMENTO: 01/02/1992

PRONTUÁRIO: 1803350

ADMISSÃO UTI: 30/12/18

LEITO: 16

ADMISSÃO HOSPITAL: 29/12/2018

### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

|                                  |
|----------------------------------|
| 1. POLITRAUMA – ACIDENTE DE MOTO |
| 2. TCE GRAVE: HEDA               |
| 3. PO NCR: DRENAGEM DE HEDA      |
| 4. FRATURA DE PLATO TIBIAL       |
| 5.                               |
| 6.                               |
| 7.                               |
| 8.                               |
| 9.                               |

### CONTROLE MEDICAÇÕES

| Medicação | Via<br>Administração | Dose | Início | Término |
|-----------|----------------------|------|--------|---------|
|           |                      |      |        |         |
|           |                      |      |        |         |
|           |                      |      |        |         |
|           |                      |      |        |         |
|           |                      |      |        |         |
|           |                      |      |        |         |



James Perkins

13

11 JUL 2015

COPIES OF THE REPORTS OF THE  
COMMISSIONERS OF THE LAND OFFICE  
TO THE HOUSE OF COMMONS  
IN THE YEAR 1850

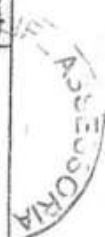
[illegible]

**Equipe de Manuseio de Hospital de Emergência e Trauma com Lúcia Gonzaga Fernandes**



Ft. Paulo Tavares

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



|          |            |          |             |   |       |   |          |
|----------|------------|----------|-------------|---|-------|---|----------|
| paciente | 11/12/2020 | 24.06.20 | Alcôjamento | 8 | Leito | 2 | Convênio |
|----------|------------|----------|-------------|---|-------|---|----------|

| Data       | Prescrição Médica                           | Horário | Evolução Médica |
|------------|---|---------|-----------------|
| 19/10/2019 | CHITAUVE                                    |         |                 |
|            | 1. SICO-SALINIZADO 300 ml 3000 ml EV 6h/24h |         |                 |
|            | 2. DIFERONIA 16 EV 6h/24h                   |         |                 |
|            | 3. TILATIL 20 mg + AD EV 12/12h SN          |         |                 |
|            | 4. TRAMMAL 100mg + 100ml SF EV 8/8h SF EDOK |         |                 |
|            | 5. NAUSEIDRON 2 FA + AD EV 8/8h SN          |         |                 |
|            | 6. OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM                  |         |                 |
|            | 7. SSV-CCGG                                 |         |                 |
|            | 8. Clearene 50mg SC AS 20h                  |         |                 |
|            | 9. Clearene 20mg EV 12/12h                  |         |                 |

Dr. João Luiz Gonzaga Fernandes  
Coordenador de Emergência e Trauma  
CRM 10.000/2019

Dr. João Luiz Gonzaga Fernandes  
Coordenador de Emergência e Trauma  
CRM 10.000/2019



HUECC

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME

Jesman Heitor Costa

FOLHA DE ANESTESIA

DATA 29/12/18

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

REPERCUSSÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

CÓDIGO

QUANTO

URINA

BROMURE

ASMA

ELETROCARDIOGRAMA

AP. URINÁRIO

ALERGIA

ESTADO PRE-OPERATÓRIO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

RISCO

FOLHA DE ANESTESIA - UNIB

PERDA SANGÜÍNEA

OBSERVAÇÕES

ANESTESIA

CIRURGIA

OPERAÇÃO

TÉCNICA

AGENTES

POSICÃO

SÍMBOLOS

ANOTAÇÕES

CONDICIONAIS

Com cateter

Outros

Náuseas

Vômitos

Obs: Co. Vag

Reflexos na SO

DESPERTAR

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

ANESTESIA NO VENTRO DAS CÂMPULAS PRE-OPERATÓRIAS

OBSERVAÇÕES

ANESTESIA

CIRURGIA

OPERAÇÃO

TÉCNICA

AGENTES

POSICÃO

SÍMBOLOS

ANOTAÇÕES

CONDICIONAIS

Com cateter

Outros

Náuseas

Vômitos

Obs: Co. Vag

Reflexos na SO

DESPERTAR

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim Não

Risco por quê?



## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

|          |        |          |            |       |          |
|----------|--------|----------|------------|-------|----------|
| Paciente | Almoço | Refeição | Alojamento | Leito | Convênio |
|          |        |          |            |       |          |

[illegible]



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: *João* Idade: *26*  
 Convênio: *SHS* Data: *7*  
 Procedimento: *Tratamento conservador de fratura de platibial*  
 Cirurgião: *Dr. Roberto Spina* Auxiliar: *Dr. C. C. C.*  
 Anestesiologista: *Thomaz*  
 Início: *17:15* Término: *18:55* Anestesia: *Rogue*

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

JOSEMAR RAYNA COSTA  
LEITE  
SALA 03

CONVENIO

IDADE

REGISTRO 1803304

DATA 05/08/1998

CIRURGIA

ANESTESIA

INICIO 17:15

QTD

FIOS

CODIGO

MODIFICACOES ANESTESICAS

Adrenalina amp

Atropina amp

Diazepam amp

Bupivacaina amp

Etano ml - Nitrogênio

Fenobarbital amp

Fenotil amp

Novoa ml

Relebar ml

Meclozina

Nubeta amp

Pavulon amp

Prolongate amp

Profundo lfm

Quilich ml

Rapifen amp

Truovenbital ml

Tractum amp

MEDICACOES

Agua Destilada amp

Decadron amp

Diprona amp

Fraxid amp

Rebocutid amp

Sertralina amp

Glucose amp

Glucose de Cálcio amp

Hemacel ml

Heparina ml

Karation amp

Medobutol

Plasil amp

Proclama

Rovivan amp

Suclon amp

Ureolima 1g

MATERIAIS / SOLUCOES

Agua destilada 25 x 7

Agua destilada 28 x 28

Agua p/ raque nº 25

Alcool de Etilagem

Alcool iodado ml

Aloduras de Gesso

Azul metileno amp

Benzina ml

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA 21/05/19

INICIO 17:15

QTD

FIOS

CODIGO

MODIFICACOES ANESTESICAS

Adrenalina amp

Atropina amp

Diazepam amp

Bupivacaina amp

Etano ml - Nitrogênio

Fenobarbital amp

Fenotil amp

Novoa ml

Relebar ml

Meclozina

Nubeta amp

Pavulon amp

Prolongate amp

Profundo lfm

Quilich ml

Rapifen amp

Truovenbital ml

Tractum amp

MEDICACOES

Agua Destilada amp

Decadron amp

Diprona amp

Fraxid amp

Rebocutid amp

Sertralina amp

Glucose amp

Glucose de Cálcio amp

Hemacel ml

Heparina ml

Karation amp

Medobutol

Plasil amp

Proclama

Rovivan amp

Suclon amp

Ureolima 1g

MATERIAIS / SOLUCOES

Agua destilada 25 x 7

Agua destilada 28 x 28

Agua p/ raque nº 25

Alcool de Etilagem

Alcool iodado ml

Aloduras de Gesso

Azul metileno amp

Benzina ml

CIRURGIA

ANESTESIA

INICIO 17:15

QTD

FIOS

CODIGO

MODIFICACOES ANESTESICAS

Adrenalina amp

Atropina amp

Diazepam amp

Bupivacaina amp

Etano ml - Nitrogênio

Fenobarbital amp

Fenotil amp

Novoa ml

Relebar ml

Meclozina

Nubeta amp

Pavulon amp

Prolongate amp

Profundo lfm

Quilich ml

Rapifen amp

Truovenbital ml

Tractum amp

MEDICACOES

Agua Destilada amp

Decadron amp

Diprona amp

Fraxid amp

Rebocutid amp

Sertralina amp

Glucose amp

Glucose de Cálcio amp

Hemacel ml

Heparina ml

Karation amp

Medobutol

Plasil amp

Proclama

Rovivan amp

Suclon amp

Ureolima 1g

MATERIAIS / SOLUCOES

Agua destilada 25 x 7

Agua destilada 28 x 28

Agua p/ raque nº 25

Alcool de Etilagem

Alcool iodado ml

Aloduras de Gesso

Azul metileno amp

Benzina ml

CIRURGIA

ANESTESIA

INICIO 17:15

QTD

FIOS

CODIGO

MODIFICACOES ANESTESICAS

Adrenalina amp

Atropina amp

Diazepam amp

Bupivacaina amp

Etano ml - Nitrogênio

Fenobarbital amp

Fenotil amp

Novoa ml

Relebar ml

Meclozina

Nubeta amp

Pavulon amp

Prolongate amp

Profundo lfm

Quilich ml

Rapifen amp

Truovenbital ml

Tractum amp

MEDICACOES

Agua Destilada amp

Decadron amp

Diprona amp

Fraxid amp

Rebocutid amp

Sertralina amp

Glucose amp

Glucose de Cálcio amp

Hemacel ml

Heparina ml

Karation amp

Medobutol

Plasil amp

Proclama

Rovivan amp

Suclon amp

Ureolima 1g

MATERIAIS / SOLUCOES

Agua destilada 25 x 7

Agua destilada 28 x 28

Agua p/ raque nº 25

Alcool de Etilagem

Alcool iodado ml

Aloduras de Gesso

Azul metileno amp

Benzina ml

CIRURGIA

ANESTESIA

INICIO 17:15

QTD

FIOS

CODIGO

MODIFICACOES ANESTESICAS

Adrenalina amp

Atropina amp

Diazepam amp

Bupivacaina amp

Etano ml - Nitrogênio

Fenobarbital amp

Fenotil amp

Novoa ml

Relebar ml

Meclozina

Nubeta amp

Pavulon amp

Prolongate amp

Profundo lfm

Quilich ml

Rapifen amp

Truovenbital ml

Tractum amp

MEDICACOES

Agua Destilada amp

Decadron amp

Diprona amp

Fraxid amp

Rebocutid amp

Sertralina amp

Glucose amp

Glucose de Cálcio amp

Hemacel ml

Heparina ml

Karation amp

Medobutol

Plasil amp

Proclama

Rovivan amp

Suclon amp

Ureolima 1g

MATERIAIS / SOLUCOES

Agua destilada 25 x 7

Agua destilada 28 x 28

Agua p/ raque nº 25

Alcool de Etilagem

Alcool iodado ml

Aloduras de Gesso

Azul metileno amp

Benzina ml

CIRURGIA

ANESTESIA

INICIO 17:15

QTD

FIOS

CODIGO

MODIFICACOES ANESTESICAS

Adrenalina amp

Atropina amp

Diazepam amp

Bupivacaina amp

Etano ml - Nitrogênio

Fenobarbital amp

Fenotil amp

Novoa ml

Relebar ml

Meclozina

Nubeta amp

Pavulon amp

Prolongate amp

Profundo lfm

Quilich ml

Rapifen amp

Truovenbital ml

Tractum amp

MEDICACOES

Agua Destilada amp

Decadron amp

Diprona amp

Fraxid amp

Rebocutid amp

Sertralina amp

Glucose amp

Glucose de Cálcio amp

Hemacel ml

Heparina ml

Karation amp

Medobutol

Plasil amp





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

|   |                   |                    |  |
|---|-------------------|--------------------|--|
| Nome do Paciente / <u>OSMAR PEREIRA COSTA</u> |                   | Nº Prontuário      |  |
| Data da Operação <u>28/12/13</u>              | Enf.              | Leito              |  |
| Operador <u>JOSE ROMALHO</u>                  | 1º Auxiliar       |                    |  |
| 2º Auxiliar                                   | 3º Auxiliar       | L/A Instrumentador |  |
| Anestesia <u>De Inalação</u>                  | Tipo de Anestesia |                    |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório                    |                   |                    |  |
| Tipo de Operação                              |                   |                    |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório                    |                   |                    |  |
| Relatório Imediato da Patologia               |                   |                    |  |
| Exame Radiológico no Ato                      |                   |                    |  |
| Acidente Durante a Operação                   |                   |                    |  |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
|--|
| 1) <u>DESCRIPTO NOSSO DO ANESTESIA GEM</u>   |
| 2) <u>TRISTANIA, ANESTESIA, ABOLIA DE VAPOR</u>  |
| 3) <u>PARA LIGAR PARA O LIGAR PARA O LIGAR</u>   |
| 4) <u>PARA O LIGAR 5x5cm</u>   |
| 5) <u>DESCRIPTO HAN</u>  |
| 6) <u>DESCRIPTO HAN</u>  |
| 7) <u>SUSPENSÃO HAN</u>  |
| 8) <u>PARA O LIGAR (LIG. PARA O LIGAR 2.0)</u>   |
| 9) <u>PARA O LIGAR</u>   |
| 10) <u>SUSPENSÃO HAN</u>   |
| 11) <u>PARA O LIGAR</u>  |

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111003376000000035985453  
Número do documento: 2012111003376000000035985453

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



|                  |  |                  |  |          |  |             |  |             |  |           |  |                            |  |                  |  |                            |  |                                 |  |                          |  |                             |  |
|------------------|--|------------------|--|----------|--|-------------|--|-------------|--|-----------|--|----------------------------|--|------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------|--|
| Nome do Paciente |  | Data da Operação |  | Operador |  | 1º Auxiliar |  | 2º Auxiliar |  | Anestesia |  | Diagnóstico Pré-Operatório |  | Tipo de Operação |  | Diagnóstico Pós-Operatório |  | Relatório Imediato da Patologia |  | Exame Radiológico no Ato |  | Acidente Durante a Operação |  |
|                  |  |                  |  |          |  |             |  |             |  |           |  |                            |  |                  |  |                            |  |                                 |  |                          |  |                             |  |

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

|   |  |
|---|--|
| Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |  |
| 1) Deu-se início com a lavagem da cavidade  |  |
| 2) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 3) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 4) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 5) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 6) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 7) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 8) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 9) Lavagem com solução fisiológica  |  |
| 10) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 11) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 12) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 13) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 14) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 15) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 16) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 17) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 18) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 19) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 20) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 21) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 22) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 23) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 24) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 25) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 26) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 27) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 28) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 29) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 30) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 31) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 32) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 33) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 34) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 35) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 36) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 37) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 38) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 39) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 40) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 41) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 42) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 43) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 44) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 45) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 46) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 47) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 48) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 49) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 50) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 51) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 52) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 53) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 54) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 55) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 56) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 57) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 58) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 59) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 60) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 61) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 62) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 63) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 64) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 65) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 66) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 67) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 68) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 69) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 70) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 71) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 72) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 73) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 74) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 75) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 76) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 77) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 78) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 79) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 80) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 81) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 82) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 83) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 84) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 85) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 86) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 87) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 88) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 89) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 90) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 91) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 92) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 93) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 94) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 95) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 96) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 97) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 98) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 99) Lavagem com solução fisiológica   |  |
| 100) Lavagem com solução fisiológica  |  |

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Mod. 018

Dr. José Ramalho da Silva  
Neurocirurgia  
2205-001-1000



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Germano Pereira Costa DO 01/02/1992

QI --- LEITE 025 CONVÊNIO --- IDADE 26a REGISTRO 1803204

CIRURGIA Drumagem de Hemorroida CIRURGIÃO Dr. José Ramalho ANESTESIA Local ANESTESISTA Dr. José Ramalho

INSTRUMENTADORA Interna DATA 29/12/11 INÍCIO 23:10 FIM 00:25

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Qtd. | FIOS                      | CÓDIGO |
|------|--------------------------|------|---------------------------|--------|
| 01   | Adrenalina amp.          | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Alupren amp.             | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Diazepam amp.            | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Dimore amp.              | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Dolantina amp.           | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Eufonina amp.            | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Fentanil ml              | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Inova ml                 | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Ketalar ml               | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Merzalina % ml           | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Nubain amp.              | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Paralun amp.             | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Proclonina amp.          | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Propofol amp.            | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Ropivacina amp.          | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Thiopental ml            | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| 01   | Tracrium amp.            | 01   | Calgut Cromado Serlix     |        |
| Qtd. | MEDICAÇÕES               | Qtd. | SEROS                     |        |
| 01   | Agua Destilada amp.      | 01   | SG Normotérmico fr 500 ml |        |
| 01   | Dexametasona amp.        | 01   | SG Gelado fr 500 ml       |        |
| 01   | Dipirona amp.            | 01   | SG Hipertermico fr 500 ml |        |
| 01   | Flaxidol amp.            | 01   | SG Ring fr 500 ml         |        |
| 01   | Fiebamol amp.            | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Gerammina amp.           | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Glicose amp.             | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Glucos de Cálcio amp.    | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Heparina ml              | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Kanacton amp.            | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Laxix amp.               | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Medrolietazol.           | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Proclonina amp.          | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Revivan amp.             | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Stupitron amp.           | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Tracrium amp.            | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES     | Qtd. | ORTOSE E PRÓTESE          |        |
| 01   | Agulha desc. 25 x 7      | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Agulha desc. 28 x 28     | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Agulha desc. 3 x 4,5     | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Agulha p/ raque n°       | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Alcoól de Enfermagem     | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Alcoól Iodado ml         | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Ataduras de Crepon       | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Ataduras de Gessada      | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Azul inelieno amp.       | 01   | SG fr 500 ml              |        |
| 01   | Borçina ml               | 01   | SG fr 500 ml              |        |

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso ( ) Serra ( ) Desfibrilador ( ) Fonte de Luz ( ) Foco Auxiliar ( ) Eletrocautério ( ) Oxímetro ( ) Cardíaco ( ) Perfurador Eléctrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Lúcia R. da Nobrega  
TEC. DE ENFERMAGEM  
CURT. 10.12.002

2002 644



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111003376000000035985453

Número do documento: 2012111003376000000035985453





## DIAGNOSTICS

42 Tib. a. Prop. 10

17 JUL 1968  
D. C. S. S.  
RAT ESEGUROS



30/12/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 30/12/2018

Horas: 01:49:05

Médico (a) Danilo Micael Lucena E Carvalho



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1803350 Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA Idade: 026

Nome da Mãe: RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 01/02/1992 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 16 Diagnóstico:

Dia 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho /

| Item | Prescrição   | Apazamento |
|------|--|------------|
| 1    | DIETA POR Sonda 6h/6h  |            |
| 2    | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h  | 02         |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h   | 02         |
| 4    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8h  | 02         |
| 5    | BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8h   | 02         |
| 6    | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)<br>Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO           | 02         |
| 7    | FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 2FRA AMP,<br>2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM) | 025        |
| 8    | MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2AMPOLA,<br>2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)             | 025        |
| 9    | CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA,<br>Diluir em SE PAS ≥ 180 E/OU PAD ≥ 140     | 04h 30     |
| 10   | DECUBITO ELEVADO   |            |
| 11   | REALIZAR HGT   |            |
| 12   | ADMINISTRAR 5 FA DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70  |            |

*Danilo Carvalho*  
MÉDICO  
CRM-PB 9969  
REMEPE 23034

<http://10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2018-12-30&contar=1803350>

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111003376000000035985453>

Número do documento: 2012111003376000000035985453

Num. 37721686 - Pág. 41



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EX

NOME:

11 JUL 2019

05

S

M

A

N

P

E

R

E

I

R

A

PRONTUÁRIO

IDADE:

RADE SEGUR

SEXO

M

F

COR:

B

P

A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.: 4-2

LE

DADOS CLÍNICOS:

Pac OREGARIO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ECG

URGÊNCIA:

ROTINA:

NATA: 12/03/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

João Ricardo dos Santos Souza  
Residente em  
Traumatologia  
CRM 105.601



GOVERNO  
DO ESTADO DO PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

IDADE:

SEXO:

SECO

COR:

BRANCO

BRANCO

P. A.

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

EXAMES CLÍNICOS:

11 JUL 2019

COMISSÃO DE SEGURANÇA

ATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Joelha (D) + Pernas (D) AP + D.

GÊNCIA:

RA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

21/21/19

21/21/19

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

PROCEDÊNCIA: Centro cirúrgico  
DIAG. SINDRÔMICO: TCEI Politrauma / PO L&R  
DIAG. FISIOTERAPÊUTICO:  
MOTIVO INTERNAÇÃO:  
ANTECEDENTES: ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICC ☐ Cirurgia  
HDA: Paciente proveniente do bloco cirúrgico, em POI de UCE, vítima de acidente de moto. Admitido no UTE inter-leito, sem JVL detectado  
HDP:  
SV: FC 90 FR 18 PA 120 x 72 PAM 92 SpO2 94 T 36,5  
ESTADO GERAL: ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo Apache II 5 SMR  
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordo ☐ Sonolento ☐ Torpido ☐ Comatoso ECG  
NÍVEL DE SEDAÇÃO: Escala de Ramsay 1 Drogas  
SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR (Tônus, trofismos, reflexos, ADM, força muscular):

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

SUPOORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ VNI ☐ VMI / Dias  
CÂNULA: Tipo: TTT Numeração: 3,5 Rima: 32 Pressão Cuff:  
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc. / Sistema de Ventilação  
☐ Másc. Reinalação par. ☐ Másc. não Reinalação Fluxo 1 l/min FIO2 estim. 21  
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tagens supradiafrágicas ☐ Tagens intercostais ☐ Tagens subcostais ☐ Uto de masc. acessória Insp/Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Respi. paradoxal ☐ Estidor 4+  
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Sim ☐ Não  
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafrágico ☐ Misto ☐ Paradoxi ☐ Superficial  
RITMO VENTILATÓRIO: ☒ Regular ☐ Irregular  
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☒ Simétrica ☐ Assimétrica  
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglutir ☐ Expectora ☐ Ineficaz  
SECREÇÃO: ☐ Sim ☐ Não QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande  
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucoide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta  
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarelta ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

NOME: João Pereira Costa  
IDADE: 36 ANOS

PALPAÇÃO:  
PERCUSSÃO:  
AP/AC: RW+ sem ANT sem RA

ACESSÓRIOS

ACESSO VENOSO: ☐ Central ☐ Periférico Local de inserção:  
DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante ☐ Débil

HORA: 14:14 EXAMES COMPLEMENTARES  
GASOMETRIA: PH: 7,49 PaO2: 245 PCO2: 33 HCO3: 26 BE: 1,8  
HEMOGRAMA:  
TOMOGRAFIA:  
RAIO X:

VENTILAÇÃO MECÂNICA - PARÂMETROS INICIAIS E MONITORIZAÇÃO

VM: PCV PC: 15 VT: 300 PEEP: 5 PI: 30 PS: —  
TI: 1,23 IE: 1,25 FIO2: 100 FLUXO: — SENS: — FR: 14/14 VM: 7,7  
Cest: — Cdyn: — RVS: — IRSS: — PaO2/FIO2:  
Pimáx — Pemáx — Auto-PEEP — Drive pressão —  
AJUSTES APÓS GASOMETRIA: Reduzido 91,82 - FIO2 30% - PEEP 5 - R 14/14

CONDUTA INICIAL FISIOTERAPÊUTICA

CD: ☐ THB: ☐ TEP: ☐ TEP: ☐ Q: ☐ VNI:  
☐ Aspiração ☐ Acesso à IOT ☐ Fixação TOT ☐ Ajuste VMI ☐ Monitorização  
☐ RCP ☐ TRE ☐ Desmame ☐ Extubação ☐ Transporte  
☐ Posicionamento:  
☐ Outros

Observações: —  
Físio: — SUELO MOREIRA TORRES

RESUMO DE ALTA

DATA: 11/12/2020 HORA: 10:03  
☐ Alta do CTI ☐ Óbito ☐ Setor destino ☐ Transferência para outro Hospital  
DP ÁREA VERMELHA: ☐ Tempo VMI ☐ Tempo TOT ☐ Tempo TOT  
☐ Delírio motor ☐ Alteração Tônus  
☐ Contribuição  
☐ Deformidade  
☐ Etapa da Mobilização



|  |  |  |  |                              |  |         |  |
|--|--|--|--|------------------------------|--|---------|--|
| GOVERNO DO ESTADO<br>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO<br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO<br>DADAIRARA<br>DOUTOR GONZALEZ FERNANDES |  | BH últimas 24h:<br>Febre últ. 24 h:<br>PrO2 Ideal: 97.82 |  | NOME<br>JOSMAN PEREIRA COSTA |  | 1803220 |  |
| VT Ideal:  |  |  |  |                              |  |         |  |

[illegible]



|   |  |                               |  |                 |  |                   |  |   |  |                      |  |               |  |            |  |
|---|--|-------------------------------|--|-----------------|--|-------------------|--|---|--|----------------------|--|---------------|--|------------|--|
| GOVERNO DA PARAIBA  |  | SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO |  | BH últimas 24h: |  | Febre últ. 24 h:  |  | NOME  |  | JOSMAN PEREIRA COSTA |  | Nº PRONTUÁRIO |  | 1803350    |  |
| HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA   |  | DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES    |  | VT ideal: 441   |  | PaO2 Ideal: 97,92 |  | IDADE   |  | 26                   |  | ADMISSÃO      |  | 30/12/2018 |  |
|   |  |                               |  |                 |  |                   |  | H. D.   |  |                      |  | DATA          |  | 31/12/2018 |  |
|   |  |                               |  |                 |  |                   |  |   |  |                      |  | LEITO         |  | 16         |  |
| FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO   |  |                               |  |                 |  |                   |  |   |  |                      |  |               |  |            |  |
| TCE/ POLITRAUMA/ PO NCR   |  |                               |  |                 |  |                   |  |   |  |                      |  |               |  |            |  |
| REAValiação MANHÃ:  |  |                               |  |                 |  |                   |  | REAValiação NOITE:  |  |                      |  |               |  |            |  |
| HORA: 08:00 FC: 120 bpm FR: 20 rpm PA: 120/80 mmHg PAM: 80 mmHg SpO2: 98% T: 36,5°C<br>12ms por dia, com<br>24h de repouso  |  |                               |  |                 |  |                   |  | HORA: 20:00 FC: 120 bpm FR: 20 rpm PA: 120/80 mmHg PAM: 80 mmHg SpO2: 98% T: 36,5°C<br>12ms por dia, com<br>24h de repouso  |  |                      |  |               |  |            |  |
| AP: 24h de repouso  |  |                               |  |                 |  |                   |  | AP: 24h de repouso  |  |                      |  |               |  |            |  |
| VM: 1200 ml VT: 400 ml VM: 1200 ml Fluxo: 12 l/min PI: 12 cmH2O PC: 12 cmH2O PEEP: 12 cmH2O<br>I: 12 l/min SENS: 12 l/min PS: 12 cmH2O FR: 20 rpm FIO2: 30% Sinais: 12  |  |                               |  |                 |  |                   |  | VM: 1200 ml VT: 400 ml VM: 1200 ml Fluxo: 12 l/min PI: 12 cmH2O PC: 12 cmH2O PEEP: 12 cmH2O<br>I: 12 l/min SENS: 12 l/min PS: 12 cmH2O FR: 20 rpm FIO2: 30% Sinais: 12  |  |                      |  |               |  |            |  |
| Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 186 Pimax: Pminx<br>CO2: 24h de repouso   |  |                               |  |                 |  |                   |  | Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 186 Pimax: Pminx<br>CO2: 24h de repouso   |  |                      |  |               |  |            |  |
| THB 24h de repouso TEP passiva TEP ativa RPPI Auxílio à IOT Ajuste VM Tc O2<br>Ajuste de Cuff MRA TMV Carga Sinais RCP Troca de filtro Transporte intra<br>Desmame TRE Tubo TI PSVI Tempo Cuff Leak test Exubação Hora<br>VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilação EENM  |  |                               |  |                 |  |                   |  | THB 24h de repouso TEP passiva TEP ativa RPPI Auxílio à IOT Ajuste VM Tc O2<br>Ajuste de Cuff MRA TMV Carga Sinais RCP Troca de filtro Transporte intra<br>Desmame TRE Tubo TI PSVI Tempo Cuff Leak test Exubação Hora<br>VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilação EENM  |  |                      |  |               |  |            |  |
| Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistida)<br>(ISL) (JBL) (ORT) (JSP) (SENT/LEVA) (ME) (IDEA)  |  |                               |  |                 |  |                   |  | Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistida)<br>(ISL) (JBL) (ORT) (JSP) (SENT/LEVA) (ME) (IDEA)  |  |                      |  |               |  |            |  |
| OBS:  |  |                               |  |                 |  |                   |  | OBS:  |  |                      |  |               |  |            |  |
| HORA: 08:00 FC: 120 bpm FR: 20 rpm PA: 120/80 mmHg PAM: 80 mmHg SpO2: 98% T: 36,5°C<br>REAValiação TARDE: 24h de repouso  |  |                               |  |                 |  |                   |  | HORA: 20:00 FC: 120 bpm FR: 20 rpm PA: 120/80 mmHg PAM: 80 mmHg SpO2: 98% T: 36,5°C<br>REAValiação TARDE: 24h de repouso  |  |                      |  |               |  |            |  |
| AP: 24h de repouso  |  |                               |  |                 |  |                   |  | AP: 24h de repouso  |  |                      |  |               |  |            |  |
| VM: 1200 ml VT: 400 ml VM: 1200 ml Fluxo: 12 l/min PI: 12 cmH2O PC: 12 cmH2O PEEP: 12 cmH2O<br>I: 12 l/min SENS: 12 l/min PS: 12 cmH2O FR: 20 rpm FIO2: 30% Sinais: 12  |  |                               |  |                 |  |                   |  | VM: 1200 ml VT: 400 ml VM: 1200 ml Fluxo: 12 l/min PI: 12 cmH2O PC: 12 cmH2O PEEP: 12 cmH2O<br>I: 12 l/min SENS: 12 l/min PS: 12 cmH2O FR: 20 rpm FIO2: 30% Sinais: 12  |  |                      |  |               |  |            |  |
| Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 186 Pimax: Pminx<br>CO2: 24h de repouso   |  |                               |  |                 |  |                   |  | Monit. Vent: Cest RVS: Drive pressure EICO2: PaO2/FiO2: 186 Pimax: Pminx<br>CO2: 24h de repouso   |  |                      |  |               |  |            |  |
| THB 24h de repouso TEP passiva TEP ativa RPPI Auxílio à IOT Ajuste VM Tc O2<br>Ajuste de Cuff MRA TMV Carga Sinais RCP Troca de filtro Transporte intra<br>Desmame TRE Tubo TI PSVI Tempo Cuff Leak test Exubação Hora<br>VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilação EENM  |  |                               |  |                 |  |                   |  | THB 24h de repouso TEP passiva TEP ativa RPPI Auxílio à IOT Ajuste VM Tc O2<br>Ajuste de Cuff MRA TMV Carga Sinais RCP Troca de filtro Transporte intra<br>Desmame TRE Tubo TI PSVI Tempo Cuff Leak test Exubação Hora<br>VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilação EENM  |  |                      |  |               |  |            |  |
| Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistida)<br>(ISL) (JBL) (ORT) (JSP) (SENT/LEVA) (ME) (IDEA)  |  |                               |  |                 |  |                   |  | Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistida)<br>(ISL) (JBL) (ORT) (JSP) (SENT/LEVA) (ME) (IDEA)  |  |                      |  |               |  |            |  |
| OBS:  |  |                               |  |                 |  |                   |  | OBS:  |  |                      |  |               |  |            |  |
| EXAMES REALIZADOS NO DIA<br>GASE: PH 7,40 PaCO2 43 PaO2 146 HCO3 29,7 BE 1,3<br>GASE: PH 7,40 PaCO2 43 PaO2 146 HCO3 29,7 BE 1,3<br>GASE: PH 7,40 PaCO2 43 PaO2 146 HCO3 29,7 BE 1,3<br>SAO X: 24h de repouso   |  |                               |  |                 |  |                   |  | EXAMES REALIZADOS NO DIA<br>GASE: PH 7,40 PaCO2 43 PaO2 146 HCO3 29,7 BE 1,3<br>GASE: PH 7,40 PaCO2 43 PaO2 146 HCO3 29,7 BE 1,3<br>GASE: PH 7,40 PaCO2 43 PaO2 146 HCO3 29,7 BE 1,3<br>SAO X: 24h de repouso   |  |                      |  |               |  |            |  |
| OUTROS: 24h de repouso  |  |                               |  |                 |  |                   |  | OUTROS: 24h de repouso  |  |                      |  |               |  |            |  |
| SEMI-ENFERMAGEM: 66 Horas, 1,78 P <sub>med</sub> , 73,47 VT <sub>med</sub> , 204, 441, 583<br>AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT - MOBILITY SCORE (IMS)  |  |                               |  |                 |  |                   |  | SEMI-ENFERMAGEM: 66 Horas, 1,78 P <sub>med</sub> , 73,47 VT <sub>med</sub> , 204, 441, 583<br>AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT - MOBILITY SCORE (IMS)  |  |                      |  |               |  |            |  |
| MANHÃ TARDE NOITE<br>SCORE DIÁRIO MRC GRAUS DE FORÇA MUSCULAR   |  |                               |  |                 |  |                   |  | MANHÃ TARDE NOITE<br>SCORE DIÁRIO MRC GRAUS DE FORÇA MUSCULAR   |  |                      |  |               |  |            |  |
| ABDUÇÃO DO OMBRO 0-Sem contração visível MMSS<br>FLEXÃO DO COTOVELO 1-Contratila visível com movimento do seg. MMSS<br>EXTENSÃO DE PUNHO 2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade MMSS<br>FLEXÃO DO QUADRIL 3-Movimento ativo contra a gravidade MMSS<br>EXTENSÃO DO JOELHO 4-Mov. ativo contra a gravidade e resist. MMSS<br>DORSIFLEXÃO TORNZO 5-Força normal MMSS |  |                               |  |                 |  |                   |  | ABDUÇÃO DO OMBRO 0-Sem contração visível MMSS<br>FLEXÃO DO COTOVELO 1-Contratila visível com movimento do seg. MMSS<br>EXTENSÃO DE PUNHO 2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade MMSS<br>FLEXÃO DO QUADRIL 3-Movimento ativo contra a gravidade MMSS<br>EXTENSÃO DO JOELHO 4-Mov. ativo contra a gravidade e resist. MMSS<br>DORSIFLEXÃO TORNZO 5-Força normal MMSS |  |                      |  |               |  |            |  |



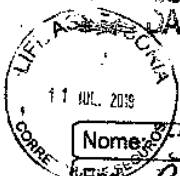
|  |  |                                  |  |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| GOVERNO DO PARANÁ<br>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO<br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  |  | BH últimas 24h: Febre últ. 24 h: |  | NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA   |  | PRONTUÁRIO: 1803350                            |  |
| VT ideal: 441  |  | PaO2 Ideal: 97,82                |  | IDADE: 26  |  | ADMISSÃO: 30/12/2018 DATA: 02/01/2019 LUTO: 16 |  |
| FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA - UTI ADULTO  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| HORA: 14 FC 99 bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C  |  |                                  |  | HORA: FC bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C  |  |  |  |
| REAValiação MANHÃ: Paciente em EGR, consciente e orientado, a.g.g.,<br>Anestesia com VEIO (cateter nasal 3L/min) sem oxigênio,<br>gás desconhecido ventilatório, taxa eficaz e expectoração +  |  |                                  |  | REAValiação NOITE:   |  |  |  |
| 11 JUL 2019  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| AP: MU + em R4 sem R4  |  |                                  |  | AP:  |  |  |  |
| VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP   |  |                                  |  | VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP   |  |  |  |
| Ti IE SENS PS FR FiO2 Sens   |  |                                  |  | Ti IE SENS PS FR FiO2 Sens   |  |  |  |
| Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FiO2 Pimax Pemap  |  |                                  |  | Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FiO2 Pimax Pemap  |  |  |  |
| CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA  |  |                                  |  | CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPH <input type="checkbox"/> Auxílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tt O2<br><input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra<br><input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Tt <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora<br><input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPH <input type="checkbox"/> Auxílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tt O2<br><input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra<br><input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Tt <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora<br><input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM |  |  |  |
| Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)<br>(JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)  |  |                                  |  | Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)<br>(JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)  |  |  |  |
| OBS: Fisioterapia/CREFITO  |  |                                  |  | OBS: Fisioterapia/CREFITO  |  |  |  |
| HORA: FC bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C  |  |                                  |  | EXAMES REALIZADOS NO DIA   |  |  |  |
| REAValiação TARDE:   |  |                                  |  | EXAME DATA HORA RESULTADO  |  |  |  |
|  |  |                                  |  | GASO: 02/01/19 16:28 PH 7,35 PaCO2 47 PaO2 506 HCO3 29,3 SE 5,9  |  |  |  |
|  |  |                                  |  | GASO: PH PaCO2 PaO2 HCO3 SE  |  |  |  |
|  |  |                                  |  | GASO: PH PaCO2 PaO2 HCO3 SE  |  |  |  |
| RAIO X   |  |                                  |  | RAIO X   |  |  |  |
| DOUTOR:  |  |                                  |  | DOUTOR:  |  |  |  |
| AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP   |  |                                  |  | AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP   |  |  |  |
| Ti IE SENS PS FR FiO2 Sens   |  |                                  |  | Ti IE SENS PS FR FiO2 Sens   |  |  |  |
| Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FiO2 Pimax Pemap  |  |                                  |  | Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FiO2 Pimax Pemap  |  |  |  |
| CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA  |  |                                  |  | CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPH <input type="checkbox"/> Auxílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tt O2<br><input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra<br><input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Tt <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora<br><input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPH <input type="checkbox"/> Auxílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tt O2<br><input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra<br><input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Tt <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora<br><input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM |  |  |  |
| Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)<br>(JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)  |  |                                  |  | Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)<br>(JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)  |  |  |  |
| OBS: Fisioterapia/CREFITO  |  |                                  |  | OBS: Fisioterapia/CREFITO  |  |  |  |
| HORA: FC bpm FR 18pm PA 111x76 PAM 100mmHg SpO2 96% T 36,5 °C  |  |                                  |  | EXAMES REALIZADOS NO DIA   |  |  |  |
| REAValiação TARDE:   |  |                                  |  | EXAME DATA HORA RESULTADO  |  |  |  |
|  |  |                                  |  | GASO: 02/01/19 16:28 PH 7,35 PaCO2 47 PaO2 506 HCO3 29,3 SE 5,9  |  |  |  |
|  |  |                                  |  | GASO: PH PaCO2 PaO2 HCO3 SE  |  |  |  |
|  |  |                                  |  | GASO: PH PaCO2 PaO2 HCO3 SE  |  |  |  |
| RAIO X   |  |                                  |  | RAIO X   |  |  |  |
| DOUTOR:  |  |                                  |  | DOUTOR:  |  |  |  |
| AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP   |  |                                  |  | AP: VM: MODO: VTe VM Fluxo: Pi PC PEEP   |  |  |  |
| Ti IE SENS PS FR FiO2 Sens   |  |                                  |  | Ti IE SENS PS FR FiO2 Sens   |  |  |  |
| Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FiO2 Pimax Pemap  |  |                                  |  | Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FiO2 Pimax Pemap  |  |  |  |
| CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA  |  |                                  |  | CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPH <input type="checkbox"/> Auxílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tt O2<br><input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra<br><input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Tt <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora<br><input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM |  |                                  |  | <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPH <input type="checkbox"/> Auxílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tt O2<br><input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra<br><input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Tt <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora<br><input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM |  |  |  |
| Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)<br>(JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)  |  |                                  |  | Cinesioterapia: (Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)<br>(JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)  |  |  |  |
| OBS: Fisioterapia/CREFITO  |  |                                  |  | OBS: Fisioterapia/CREFITO  |  |  |  |



GOVERNO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## Ficha de Acolhimento

|                       |                      |                             |               |
|-----------------------|----------------------|-----------------------------|---------------|
| Nome:                 | Josman Pereira Costa |                             |               |
| End:                  | R. Silva Jardim      | Bairro:                     | Jose Pinheira |
| Data de Nascimento:   | 07/02/1992           | Documento de Identificação: |               |
| Queixa:               | Ac. de               | Data do Atend.:             | 29/12/18      |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim ( ) Não      | Hora:                       | 10:05         |
|                       |                      | Documento:                  |               |

Motivo

## 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 |  |

MOD. 1:

## Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Ex. pto. libelo

| Paciente | Norman Costa                                 |         | Alojamento:   | 8 | Leito | 2 | Convênio |  |
|----------|--|---------|---|---|-------|---|----------|--|
| Data     | Prescrição Médica                            | Horário | Evolução Médica   |   |       |   |          |  |
| 07       | 1. Dieta <i>lune</i>                         |         | <p>Paciente estável</p> <p>Aguarda</p> <p>unipco</p> <p>Dr. Eduardo Braga Moreira</p> <p>Ortopedia - Traumatologia</p> <p>CRM - PR 6588</p> |   |       |   |          |  |
|          | 2. SRL 1500ml EV/24h                         |         |   |   |       |   |          |  |
|          | 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h              |         |   |   |       |   |          |  |
|          | 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h               |         |   |   |       |   |          |  |
|          | 5. Omeprazol 40mg EV/jejum                   |         |   |   |       |   |          |  |
| 01       | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SN) |         | <p>unipco</p> <p>Dr. Eduardo Braga Moreira</p> <p>Ortopedia - Traumatologia</p> <p>CRM - PR 6588</p>  |   |       |   |          |  |
|          | 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h (SN)        |         |   |   |       |   |          |  |
|          | 8. Clexane 40mg SC/dia                       |         |   |   |       |   |          |  |
|          | 9. SSVV + CCGG                               |         |   |   |       |   |          |  |

Dr. Eduardo Braga Moreira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PR 6588



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

## Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

90

Ex. 10. 10. 10. 10. 10.

| Paciente | Data     | Dietas livres  | Prescrição Médica | Histórico   | Enfermagem  | Evolução Médica   | Leito      |
|----------|----------|--|-------------------|---|---|---|------------|
| 92       | 08/07/68 | S.O.S. 150mg em 3 dias<br>Dipirone 2ml + AD EV 6/6hs<br>Omeprazol 40 mg EV / dia<br>Tilatil 20mg EV 12/12hs<br>Ibuprofeno 100mg + SF EV 8/8hs SN<br>Ranitidina 30mg IV 8/8hs SN<br>Cefazolin 40mg SC / dia<br>NSV e CCGG | Jesse             | Dr. Eduardo Bragato Orals<br>Ortopedia - Traumatologia<br>CRM - RJ 6588 | Dr. Eduardo Bragato Orals<br>Ortopedia - Traumatologia<br>CRM - RJ 6588 | Dr. Eduardo Bragato Orals<br>Ortopedia - Traumatologia<br>CRM - RJ 6588 | 11 III 209 |



## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## DIAGNÓSTICO

Kp. plots Tibing (D)

| Paciente | Alcance                                    | Alcance | Alcance | Alcance |
|----------|--|---------|---------|---------|
| 06/01    | 1. Dieta Livre.                            | 08      | 08      | 08      |
|          | 2. S.R.L. 1500ml EV/24h                    | 08      | 08      | 08      |
|          | 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h            | 08      | 08      | 08      |
|          | 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h             | 08      | 08      | 08      |
|          | 5. Orneprazol 40mg EV/jejum, d.i.g., VO.   | 08      | 08      | 08      |
|          | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN | 08      | 08      | 08      |
|          | 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN        | 08      | 08      | 08      |
|          | 8. Cloxane 40mg : C/dia                    | 08      | 08      | 08      |
|          | 9. SSIV + CCGG                             | 08      | 08      | 08      |
|          | 10. Medicação de dor 2/2L                  | 08      | 08      | 08      |
|          | 11. Anestesia 1% + 1/2 SF 12/12h           | 08      | 08      | 08      |
|          | 12. Curva                                  | 08      | 08      | 08      |







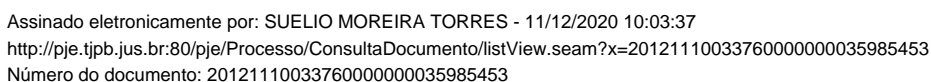


SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



|               |   |            |                         |
|---------------|---|------------|-------------------------|
| Paciente:     | Ismael  | Idade:     | 36 a                    |
| Convênio:     | Sus   | Data:      |                         |
| Procedimento: | Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial |            |                         |
| Cirurgião:    | Dr. Fábio Esp                                   | Auxiliar:  | Anestesista: Dr. Theres |
| Início:       | 17:15   | Término:   | 18:55                   |
|               |   | Anestesia: | Rogui                   |

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesiologista

Circulante

Circulante

MOQ 103







## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190423682 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSMAN PEREIRA COSTA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG7).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                     |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSMAN PEREIRA COSTA  
 DATA DO ACIDENTE 29/12/2018 CPF DA VÍTIMA 016.189.684-10  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SARGENTO EDSON SALES  
 Nº 364 COMPLEMENTO 1º ANDAR BAIRRO Monte Castelo  
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.407-033  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE (31) 9.3614-5664

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

TANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/07/2019  
 IDENTIDADE 336 2988  
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA

DATA 11/07/2019  
 NOME [Nome]  
 ASSINATURA [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111003376000000035985453>

Número do documento: 2012111003376000000035985453



## Solicitação de Reanálise

Solicito que seja reanalisado o meu sinistro com número de AC 3190/483689, em virtude de não concordar com o valor pago, no segundo tabelão de invalidez utilizado para indenizações do seguro T. VAR, fratura não consolidada de uma perna e indenizada em R\$ 345,00; paralisção total de um joelho R\$ 9.400,00, surdez total incurável de um ouvido R\$ 9.400,00, e mais a sequelas de T.E.E. a grau moderado, com comprometimento funcional.

Envio novamente laudos médicos e exames de imagem que comprovam a existência dos sequelas informados, em caso de dúvida, favor agendar perícia médica, pois a avaliação da perícia médica da seguradora não conseguiu ser justo quanto a minha debilidade definitiva.

Por favor, analisem mais detalhadamente.  
Muito obrigada pela sua atenção.

1. Jasmim Pereira Bento

Campina Grande, 10 de Setembro de 2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234939/19

**Vítima:** JOSMAN PEREIRA COSTA

**CPF:** 016.199.684-10

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 29/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSMAN PEREIRA COSTA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JOSMAN PEREIRA COSTA : 016.199.684-10**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019  
Nome: JOSMAN PEREIRA COSTA  
CPF: 016.199.684-10

JOSMAN PEREIRA COSTA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

