



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
37721 686	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, contados 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 n° 14554331



329 00779/00780 - Carta 01 - INVAI IDEZ



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

Núm. 37721686 - Pág. 1



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



Carta nº 14554769





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, retorno 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





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



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. 4



## 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: **0234439/39** 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:

RECUSOU 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2221** CONTA: **00042228**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 descreva o seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós?  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

39 - 2º | Nome: **11 JUL. 2019**

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

(não selecionadas)

**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.

Endereço da Atendente ao Consumidor

CEP/MUNICÍPIO : 2221 / FICP, PB	CONTA : 013.0004228-1	NAME : JOSMAN 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 - 58410-163 - (83) 3200-9319



OCORRÊNCIA N° 000148/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que reverde 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 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 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 havia 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*

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 050.241-1

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: **0234939/39** | 3 - CPF da vítima: **016.199.684-10** | 4 - Nome completo da vítima: **JOSMAN PEREIRA COSTA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<b>JOSMAN PEREIRA COSTA</b>	6 - CPF:	<b>016.199.684-10</b>
7 - Profissão:	<b>RECUSOU</b>	8 - Endereço:	<b>RUA: SARGENTO EDSON SALES</b>
11 - Bairro:	<b>MONTE CASTELO</b>	12 - Cidade:	<b>CAMPINA GRANDE</b>
13 - Estado:	<b>PB</b>	14 - CEP:	<b>58.407-033</b>
15 - E-mail:	<b>RECUSOU</b>		
16 - Tel. (DDD):	<b>(83) 9.9614-5661</b>		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **2221** CONTA: **00042228**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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 Lider 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.

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha 11 JUL. 2019
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
FPS-001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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. 8



Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 29/12/2018	HORA: 18:20 HRS	ID Nº: 1746834
NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - TOMÉ DE SOUSA - JOSÉ PINHEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 22 de janeiro de 2019.



Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



# 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



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. 10

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal

Documento não é segunda via de conta

Notas para sempre pagamento é da conta fiscalizada da empresa número N° 003-991.158



ENERGISA SOROCABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 330 - KM 150 - Açaú Sustentável - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.586/0001-46 Insc. Est. 16.903.318-1

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/163671-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	06/06/2019	126	13/06/2019	R\$ 84,11

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



JOSMAN PEREIRA COSTA

Rotamiro: 04-401-258-4650

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
13/06/2019	R\$ 84,11	163671-2019-06-0



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. 11



## 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 11 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: 9GQKC1680FR 504 389

Data do Acidente: 29/12/2018

5º Ofício

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

Hyllker Barbosa Silva

Assinatura do Declarante



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

REGINA FRANÇA

Declaro, com autenticidade e verdadeira, j(s) Firma(s) de: .....  
HYLLKER BARBOSA SILVA

Em teste de verdade, Campina Grande-PB 25/06/2019 12:27:47

Pauling Viana dos Santos - Substituta

[2019-004584]EMOL:RF 49,91 FARFEN:R\$ 0,29 FEPV:R\$ 1,98 ISPI:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: A0019080-WF0D

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





## 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  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: YAYA DE AZEVEDO, nº 260,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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

Hyllker Barbosa Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

 REGINA FRANÇA  
CERTIFICO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
HYLLKER BARBOSA SILVA  
En test da verdade, Campina Grande-PB 24/07/2019 13:04:13  
Ana Karoliny de Lima Santos - Escrevente  
[2019-00374]CMX:R\$ 29,91 FEEPN:R\$ 0,29 FEEP:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: A1557408-0700  
Confira 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 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 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

José Alberto da Nascimento  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 090.211-1

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





28/12/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

28/12/18

Oftopédic 20:42

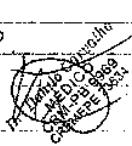
Pt cl. fx tbc maxilar D2  
apenas exame de  
Cirurgia p/ internaci  
hospitalar

Hospitalar  
Hospitalar  
Hospitalar  
Hospitalar

#21:28 #Cirurgia Oral  
pt de maxilar apresentando fx de tra  
be proximal (C) nega perda de consciênci  
necessário ao vidente. Térat e estomatol ab  
terapista.

#22: Alter da Cirurgia Oral  
Necessário soluto para avaliação:

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



SERVICOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>  
Número do documento: 2012111003376000000035985453

Num. 37721686 - Pág. 17

<img alt="Handwritten signature			

۱۴۰

۱۴۰

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DAM HUZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DAM LUIZ GONZAGA FERNANDES

*F. M. Pedro Viana*

Paciente: **VIANA** - União  
Data: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Presença de familiares: \_\_\_\_\_  
Habito: \_\_\_\_\_

Doenças hereditárias: \_\_\_\_\_  
500.000 ml EV em 5 dias  
Diuretico 2ml + AD EV 6/6ns  
Desidratação EV/dia

01  
Fevereiro EV 12/2/25

Tratamento: 1000ml + SE EV 8/8hs SN  
Fazel 2ml + AD EV 8/8hs SN

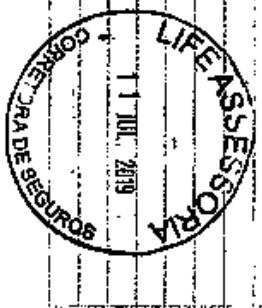
Clorante 40mg SC/ dia  
SSN + URG

Diagnósticos:  
Ortopedia - Fratura do joelho  
CRI - Pés desgarrados

*M. Viana*

*D. M. Pedro Viana*  
CRI - Pés desgarrados  
CRI - Fratura do joelho

11/01/2019





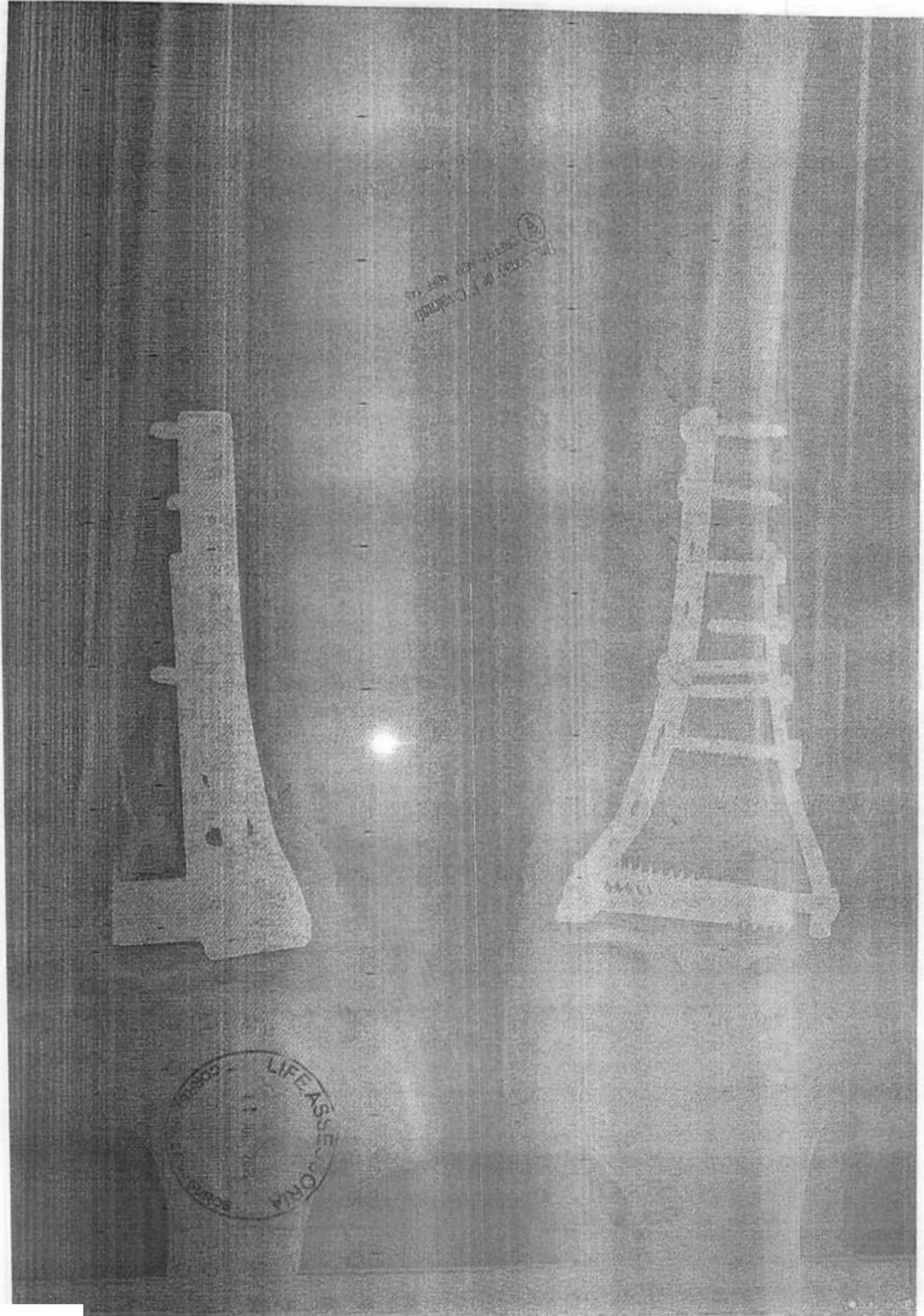
8-21

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

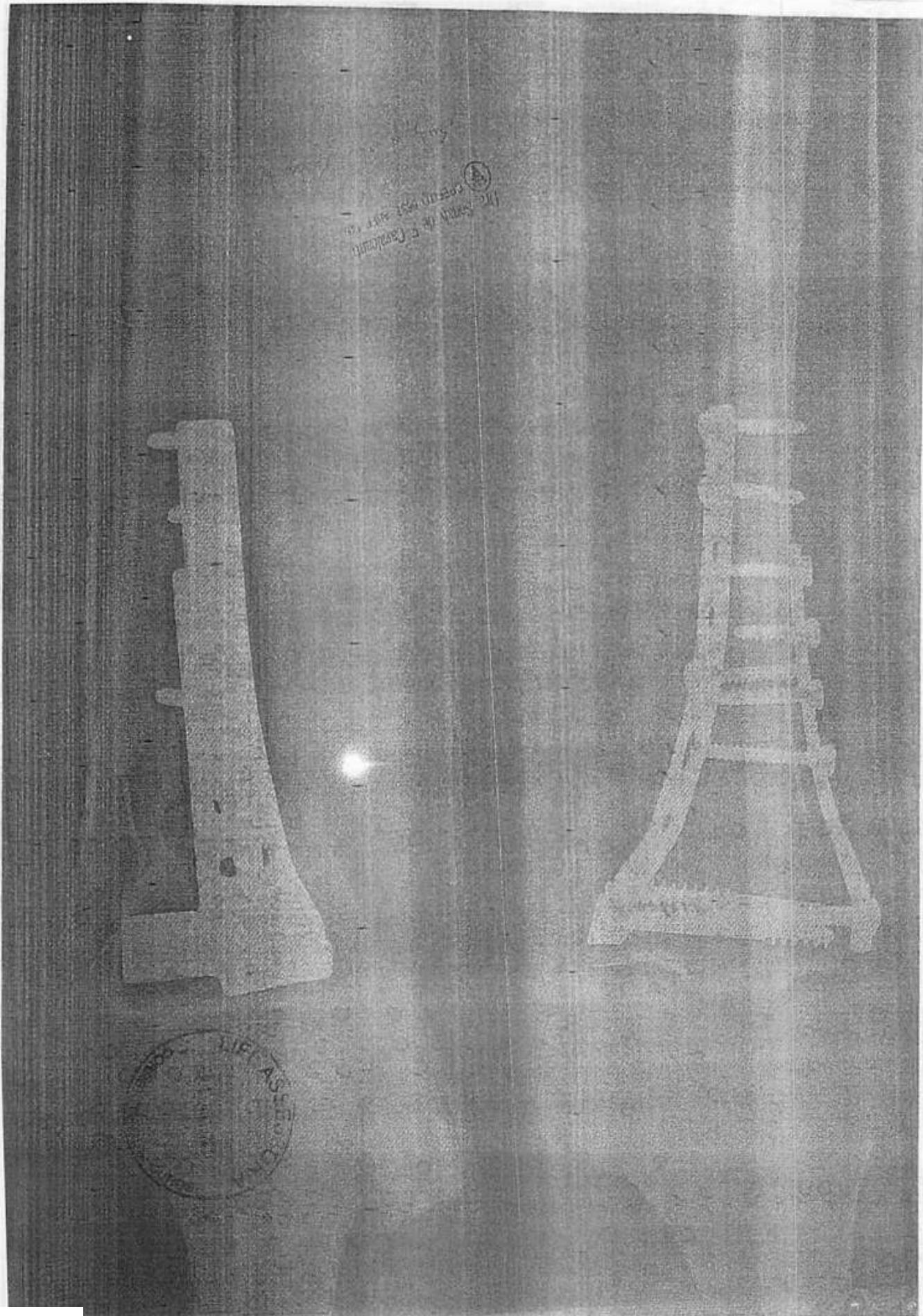
Paciente	Josémar Pachins	Alojamento:	8	Leito	21	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica		
13/01	1.Dieta ligeira. 2.SRL 1500ml EV/24h → folha. 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilitril 20mg + AD EV 12/13h 5. Omeprazol 40mg PV/Jejun , d.g., (V2) 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7.Nauseidon 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9.SSVV + CCGG 10. Multivitamina 3000 1/2h.		12/01/2019	Boa evolução si queixa.	Dolor c. dor	
			13/01/2019	ad: 4/21	Taquita ongote.	
			14/01/2019	Dr. Léo		





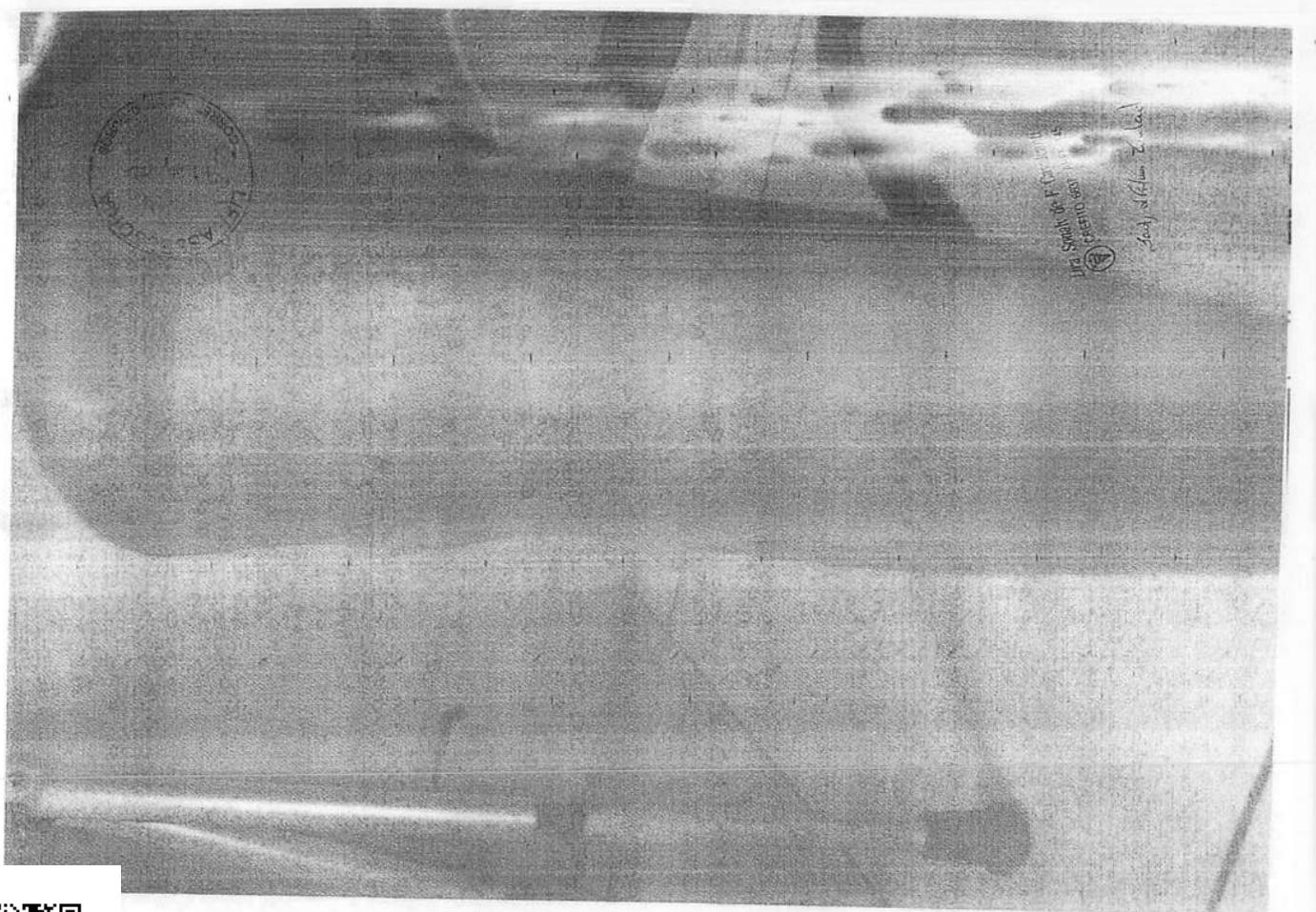
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>  
Número do documento: 20121110033760000000035985453

Num. 37721686 - Pág. 21



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. 22



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. 23

GEFETD 657 MCE MS  
Sociedade de Futebol de Cariacica



# Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

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

RUA RODRIGUES ALVES 1580 - BOD CONGO CEP 58429-145 CAMPINA GRANDE-PARAÍBA 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

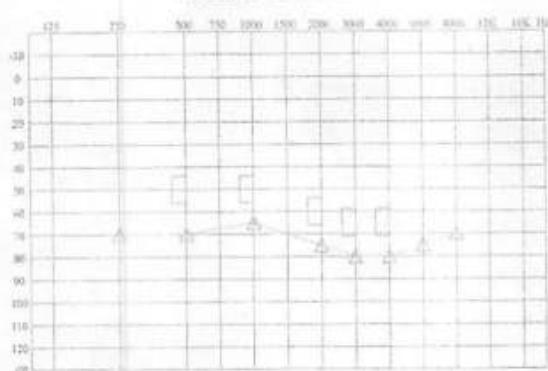
Tipo de Consulta: Particular

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

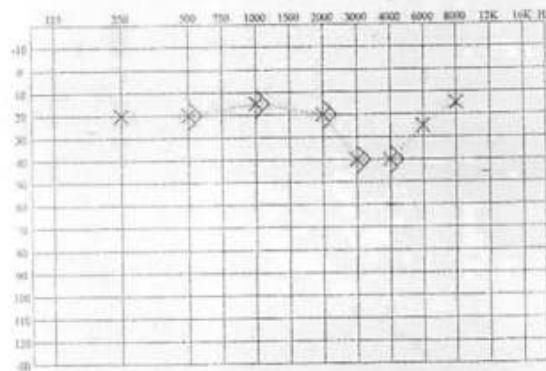


## AUDIOMETRIA TONAL

### ORELHA DIREITA



### ORELHA ESQUERDA



### Mascaramento (em dB)

	VA / NB		VO		LOGO	
	Min	Max	Min	Max	Quant	
OD						
OE	55	80	55	80		

### PARECER AUDIOLÓGICO

Limiates 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  
SUELI MOREIRA TORRES  
Fonoaudióloga  
Este Software é um serviço da justiça. Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda. CNPJ: 40.949.224/0001-69



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 tibial)

**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 anatômico 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

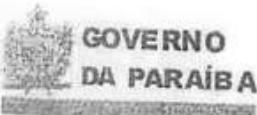
DUTI

1º

LEITO: 16

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA ADMISSÃO EM 30/12/18																																							
	HD	<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>																																						
EM USO: ***																																								
DISPOSITIVOS		<input checked="" type="checkbox"/> TOT <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> DRENO <input checked="" type="checkbox"/> SNG / SNE / SOG <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> OUTROS:																																						
CONTROLES 24h		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>PAS</th><th>PAD</th><th>FC</th><th>FR</th><th>SpO2</th><th>T°</th><th>PVC</th><th>HGT</th><th>DIURESE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAX.</td><td>170</td><td>110</td><td>78</td><td>12</td><td>98</td><td>36,9</td><td>**</td><td>**</td><td>*****</td></tr> <tr> <td>MIN.</td><td>**</td><td>**</td><td>**</td><td>**</td><td>**</td><td>**</td><td>**</td><td>**</td><td></td></tr> </tbody> </table>										PAS	PAD	FC	FR	SpO2	T°	PVC	HGT	DIURESE	MAX.	170	110	78	12	98	36,9	**	**	*****	MIN.	**	**	**	**	**	**	**	**	
	PAS	PAD	FC	FR	SpO2	T°	PVC	HGT	DIURESE																															
MAX.	170	110	78	12	98	36,9	**	**	*****																															
MIN.	**	**	**	**	**	**	**	**																																
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 ACV : RCR EM 2T BNF SEM SOPROS. AR : MV + AHT SRA ABDOME: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO. EXTREMIDADES : SEM EDEMA BEM PERFUNDIDAS																																								
CONDUTA		1. SUPORTE CLINICO INTENSIVO 2. ACOMPANHAMENTO CONJUNTO NCR 3. SOLICITO EXAMES LAB + RADIOGRAFIA DE TORAX + GASOMETRIA 4. VPM																																						





#### **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA**

**"DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES"**

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)

NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA

## **SEXO: MASCULINO**

IDADE: 36 ANOS

DATA NASCIMENTO: 01/03/1993

PRONTUÁRIO: 1803358

ADMISSÃO UFTM 2013/14

EFITO: 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**





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

E  
T  
C

Centro de Pesquisas da Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Saúde









GOVERNO  
DA PARAÍBA

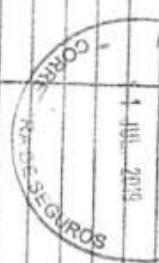
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	SUELIO MOREIRA TORRES	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-----------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1 JUL 2019			- INÍCIO DA AVALIAÇÃO -



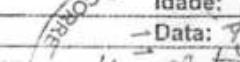
— PÁTINA DE AVULSAÇÃO N. 300001-  
NOME: ALVANOS, JOSÉ VASCONCELOS  
INSCRIÇÃO: 11 ALVANOS  
PRESUNTO: 01-01-19

— PÁTINA DE AVULSAÇÃO  
NOME: ALVANOS, JOSÉ VASCONCELOS

— N. 300001-  
NOME: ALVANOS, JOSÉ VASCONCELOS  
INSCRIÇÃO: 11 ALVANOS  
PRESUNTO: 01-01-19



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Maria - Idade: 26  
Convênio: SUS - Data: 7  
Procedimento: Treatmento conservador de fratura de colo de tibial  
  
Cirurgião: DR. GELIO SPER Auxiliar:   
Anestesista: DR. J. H. FONSECA  
Início: 17:15 Término: 18:55 Anestesia: Rogério  


**Observações:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MDD-303





## CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0608

MA

Background

**CNPJ: 26.290.009/01-11-0000** 2013  
S-SEGUROS CERTIFICA

Hospital:

~~Fourier Co.~~

Médico:

Dr. Fabius Spier, Mr. Baker + Mr. Skidmore

Data da C

Cirurgia: 26/10/11 Procedimento: Blasto Tibial R

Brentuári

2023 Convênio: 008

• 100 •

Quant.	Materiais Utilizados			Lote
01	PLACA EM L 2x5	Folheado		
01	PLACA EM L 2x7	Dinheiro		
02	PARAUSO ESPONJOSO ES 1/0			70 R32
01	- 1	11	6,5 N-	66 R16
01	PARAUSO CORTICAL		N-27	
01	4	11	N-24	
02	4	11	N-28	
01	11	11	N-30	
01	11	4	N-34	
01	4	11	N-36	

Recibe, 21 de 01 de 20 19

Circulante

### Médico Responsável



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:03:37  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110033760000000035985453>  
Número do documento: 2012411002276000000025095453

Num. 37721686 - Pág. 35



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <u>JOSMAR PEREIRA COSTA</u>		Nº Prontuário
Data da Operação <u>28/12/11</u>	Enf.	Leito
Operador <u>Jose Pimentel</u>	<u>1º Auxiliar</u>	
<u>2º Auxiliar</u>	<u>3º Auxiliar</u>	<u>LIA Instrumentador</u>
Anestesia <u>anestesia</u>	Tipo de Anestesia <u>GA</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>TBC</u>	<u>História</u>	
Tipo de Operação <u>Ressecção pulmonar</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>Extrato pulmão</u>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

## **DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

- ⑦ RECENTES INVERNO: BARRAGEM DE FUMA
  - ⑧ TERRANALIA: ANGULOSSEJO, APENAS NO VENDO
  - ⑨ PECES: TIRADA PELA MIGRAÇÃO SEASONAL NOS RÍEIS, YAN
  - ⑩ MANICOMIA 5x5cm
  - ⑪ PEGADINHA: HAM
  - ⑫ ITACARÉ: MARIN
  - ⑬ SANTOS: MARIN
  - ⑭ MANICOMIA (6,0 PROLATO: 2,0)
  - ⑮ DRAGO: MARIN
  - ⑯ SANTOS: MARIN
  - ⑰ CALANGUE: CALANGUE

José Fernández S. N.

130

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

1. <b>Via de Acesso - Técnica e Ligaduras - Draining - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral</b>
2. <b>Exame Radiológico no Ato</b>
3. <b>Relatório Imediato da Patologia</b>
4. <b>Diagnóstico Pós-Operatório</b>
5. <b>Tipo de Operação</b>
6. <b>Diagnóstico Pre-Operatório</b>
7. <b>Instrumentador</b>
8. <b>Opereador</b>
9. <b>1º Auditório</b>
10. <b>2º Auditório</b>
11. <b>3º Auditório</b>
12. <b>Anestesia</b>
13. <b>1º tipo de Anestesia</b>
14. <b>2º tipo de Anestesia</b>
15. <b>3º tipo de Anestesia</b>
16. <b>Instrumentador</b>
17. <b>Opereador</b>
18. <b>Data da Operação</b>
19. <b>Nome do Paciente</b>
20. <b>Nº Prontuário</b>
21. <b>Ent.</b>
22. <b>Lete</b>
23. <b>Setor</b>
24. <b>Unidade</b>
25. <b>Hospital de Emergência e Trauma Dom LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>
26. <b>SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE</b>
27. <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>
28. <b>220G - 06/2020</b>
29. <b>Neutrografia</b>
30. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
31. <b>220G - 06/2020</b>
32. <b>Neutrografia</b>
33. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
34. <b>220G - 06/2020</b>
35. <b>Neutrografia</b>
36. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
37. <b>220G - 06/2020</b>
38. <b>Neutrografia</b>
39. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
40. <b>220G - 06/2020</b>
41. <b>Neutrografia</b>
42. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
43. <b>220G - 06/2020</b>
44. <b>Neutrografia</b>
45. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
46. <b>220G - 06/2020</b>
47. <b>Neutrografia</b>
48. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
49. <b>220G - 06/2020</b>
50. <b>Neutrografia</b>
51. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
52. <b>220G - 06/2020</b>
53. <b>Neutrografia</b>
54. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
55. <b>220G - 06/2020</b>
56. <b>Neutrografia</b>
57. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
58. <b>220G - 06/2020</b>
59. <b>Neutrografia</b>
60. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
61. <b>220G - 06/2020</b>
62. <b>Neutrografia</b>
63. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
64. <b>220G - 06/2020</b>
65. <b>Neutrografia</b>
66. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
67. <b>220G - 06/2020</b>
68. <b>Neutrografia</b>
69. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
70. <b>220G - 06/2020</b>
71. <b>Neutrografia</b>
72. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
73. <b>220G - 06/2020</b>
74. <b>Neutrografia</b>
75. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
76. <b>220G - 06/2020</b>
77. <b>Neutrografia</b>
78. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
79. <b>220G - 06/2020</b>
80. <b>Neutrografia</b>
81. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
82. <b>220G - 06/2020</b>
83. <b>Neutrografia</b>
84. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
85. <b>220G - 06/2020</b>
86. <b>Neutrografia</b>
87. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
88. <b>220G - 06/2020</b>
89. <b>Neutrografia</b>
90. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
91. <b>220G - 06/2020</b>
92. <b>Neutrografia</b>
93. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
94. <b>220G - 06/2020</b>
95. <b>Neutrografia</b>
96. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
97. <b>220G - 06/2020</b>
98. <b>Neutrografia</b>
99. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
100. <b>220G - 06/2020</b>
101. <b>Neutrografia</b>
102. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
103. <b>220G - 06/2020</b>
104. <b>Neutrografia</b>
105. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
106. <b>220G - 06/2020</b>
107. <b>Neutrografia</b>
108. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
109. <b>220G - 06/2020</b>
110. <b>Neutrografia</b>
111. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
112. <b>220G - 06/2020</b>
113. <b>Neutrografia</b>
114. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
115. <b>220G - 06/2020</b>
116. <b>Neutrografia</b>
117. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
118. <b>220G - 06/2020</b>
119. <b>Neutrografia</b>
120. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
121. <b>220G - 06/2020</b>
122. <b>Neutrografia</b>
123. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
124. <b>220G - 06/2020</b>
125. <b>Neutrografia</b>
126. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
127. <b>220G - 06/2020</b>
128. <b>Neutrografia</b>
129. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
130. <b>220G - 06/2020</b>
131. <b>Neutrografia</b>
132. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
133. <b>220G - 06/2020</b>
134. <b>Neutrografia</b>
135. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
136. <b>220G - 06/2020</b>
137. <b>Neutrografia</b>
138. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
139. <b>220G - 06/2020</b>
140. <b>Neutrografia</b>
141. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
142. <b>220G - 06/2020</b>
143. <b>Neutrografia</b>
144. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
145. <b>220G - 06/2020</b>
146. <b>Neutrografia</b>
147. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
148. <b>220G - 06/2020</b>
149. <b>Neutrografia</b>
150. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
151. <b>220G - 06/2020</b>
152. <b>Neutrografia</b>
153. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
154. <b>220G - 06/2020</b>
155. <b>Neutrografia</b>
156. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
157. <b>220G - 06/2020</b>
158. <b>Neutrografia</b>
159. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
160. <b>220G - 06/2020</b>
161. <b>Neutrografia</b>
162. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
163. <b>220G - 06/2020</b>
164. <b>Neutrografia</b>
165. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
166. <b>220G - 06/2020</b>
167. <b>Neutrografia</b>
168. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
169. <b>220G - 06/2020</b>
170. <b>Neutrografia</b>
171. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
172. <b>220G - 06/2020</b>
173. <b>Neutrografia</b>
174. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
175. <b>220G - 06/2020</b>
176. <b>Neutrografia</b>
177. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
178. <b>220G - 06/2020</b>
179. <b>Neutrografia</b>
180. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
181. <b>220G - 06/2020</b>
182. <b>Neutrografia</b>
183. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
184. <b>220G - 06/2020</b>
185. <b>Neutrografia</b>
186. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
187. <b>220G - 06/2020</b>
188. <b>Neutrografia</b>
189. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
190. <b>220G - 06/2020</b>
191. <b>Neutrografia</b>
192. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
193. <b>220G - 06/2020</b>
194. <b>Neutrografia</b>
195. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
196. <b>220G - 06/2020</b>
197. <b>Neutrografia</b>
198. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
199. <b>220G - 06/2020</b>
200. <b>Neutrografia</b>
201. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
202. <b>220G - 06/2020</b>
203. <b>Neutrografia</b>
204. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
205. <b>220G - 06/2020</b>
206. <b>Neutrografia</b>
207. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
208. <b>220G - 06/2020</b>
209. <b>Neutrografia</b>
210. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
211. <b>220G - 06/2020</b>
212. <b>Neutrografia</b>
213. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
214. <b>220G - 06/2020</b>
215. <b>Neutrografia</b>
216. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
217. <b>220G - 06/2020</b>
218. <b>Neutrografia</b>
219. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
220. <b>220G - 06/2020</b>
221. <b>Neutrografia</b>
222. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
223. <b>220G - 06/2020</b>
224. <b>Neutrografia</b>
225. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
226. <b>220G - 06/2020</b>
227. <b>Neutrografia</b>
228. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
229. <b>220G - 06/2020</b>
230. <b>Neutrografia</b>
231. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
232. <b>220G - 06/2020</b>
233. <b>Neutrografia</b>
234. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
235. <b>220G - 06/2020</b>
236. <b>Neutrografia</b>
237. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
238. <b>220G - 06/2020</b>
239. <b>Neutrografia</b>
240. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
241. <b>220G - 06/2020</b>
242. <b>Neutrografia</b>
243. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
244. <b>220G - 06/2020</b>
245. <b>Neutrografia</b>
246. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
247. <b>220G - 06/2020</b>
248. <b>Neutrografia</b>
249. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
250. <b>220G - 06/2020</b>
251. <b>Neutrografia</b>
252. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
253. <b>220G - 06/2020</b>
254. <b>Neutrografia</b>
255. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
256. <b>220G - 06/2020</b>
257. <b>Neutrografia</b>
258. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
259. <b>220G - 06/2020</b>
260. <b>Neutrografia</b>
261. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
262. <b>220G - 06/2020</b>
263. <b>Neutrografia</b>
264. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
265. <b>220G - 06/2020</b>
266. <b>Neutrografia</b>
267. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
268. <b>220G - 06/2020</b>
269. <b>Neutrografia</b>
270. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
271. <b>220G - 06/2020</b>
272. <b>Neutrografia</b>
273. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
274. <b>220G - 06/2020</b>
275. <b>Neutrografia</b>
276. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
277. <b>220G - 06/2020</b>
278. <b>Neutrografia</b>
279. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
280. <b>220G - 06/2020</b>
281. <b>Neutrografia</b>
282. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
283. <b>220G - 06/2020</b>
284. <b>Neutrografia</b>
285. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
286. <b>220G - 06/2020</b>
287. <b>Neutrografia</b>
288. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
289. <b>220G - 06/2020</b>
290. <b>Neutrografia</b>
291. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
292. <b>220G - 06/2020</b>
293. <b>Neutrografia</b>
294. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
295. <b>220G - 06/2020</b>
296. <b>Neutrografia</b>
297. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
298. <b>220G - 06/2020</b>
299. <b>Neutrografia</b>
300. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
301. <b>220G - 06/2020</b>
302. <b>Neutrografia</b>
303. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
304. <b>220G - 06/2020</b>
305. <b>Neutrografia</b>
306. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
307. <b>220G - 06/2020</b>
308. <b>Neutrografia</b>
309. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
310. <b>220G - 06/2020</b>
311. <b>Neutrografia</b>
312. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
313. <b>220G - 06/2020</b>
314. <b>Neutrografia</b>
315. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
316. <b>220G - 06/2020</b>
317. <b>Neutrografia</b>
318. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
319. <b>220G - 06/2020</b>
320. <b>Neutrografia</b>
321. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
322. <b>220G - 06/2020</b>
323. <b>Neutrografia</b>
324. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
325. <b>220G - 06/2020</b>
326. <b>Neutrografia</b>
327. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
328. <b>220G - 06/2020</b>
329. <b>Neutrografia</b>
330. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
331. <b>220G - 06/2020</b>
332. <b>Neutrografia</b>
333. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
334. <b>220G - 06/2020</b>
335. <b>Neutrografia</b>
336. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
337. <b>220G - 06/2020</b>
338. <b>Neutrografia</b>
339. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
340. <b>220G - 06/2020</b>
341. <b>Neutrografia</b>
342. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
343. <b>220G - 06/2020</b>
344. <b>Neutrografia</b>
345. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
346. <b>220G - 06/2020</b>
347. <b>Neutrografia</b>
348. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
349. <b>220G - 06/2020</b>
350. <b>Neutrografia</b>
351. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
352. <b>220G - 06/2020</b>
353. <b>Neutrografia</b>
354. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
355. <b>220G - 06/2020</b>
356. <b>Neutrografia</b>
357. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
358. <b>220G - 06/2020</b>
359. <b>Neutrografia</b>
360. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
361. <b>220G - 06/2020</b>
362. <b>Neutrografia</b>
363. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
364. <b>220G - 06/2020</b>
365. <b>Neutrografia</b>
366. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
367. <b>220G - 06/2020</b>
368. <b>Neutrografia</b>
369. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
370. <b>220G - 06/2020</b>
371. <b>Neutrografia</b>
372. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
373. <b>220G - 06/2020</b>
374. <b>Neutrografia</b>
375. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
376. <b>220G - 06/2020</b>
377. <b>Neutrografia</b>
378. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
379. <b>220G - 06/2020</b>
380. <b>Neutrografia</b>
381. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
382. <b>220G - 06/2020</b>
383. <b>Neutrografia</b>
384. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
385. <b>220G - 06/2020</b>
386. <b>Neutrografia</b>
387. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
388. <b>220G - 06/2020</b>
389. <b>Neutrografia</b>
390. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
391. <b>220G - 06/2020</b>
392. <b>Neutrografia</b>
393. <b>doSe Ramalho (dS) NPI</b>
394. <b>220G - 06/2020</b>
395. <b>Neutrografia</b>
39

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

José Ramon Pinto Lira - DN: 01/02/1992

QD

LEITE  
26.25

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

26. 3803304

CIRURGIA:

Extracorpórica de Hemorragia

CIRURGÃO

Dra. José Ramon Pinto - Lira

ANESTESIA

Geral

ANESTESIA

Dra. Isabela

INSTRUMENTADORA

Intra

DATA

29/12/11

INÍCIO

23.10

FIM

30.55



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital do  
Ensino e Treinamento  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalin amp.

Bolsa Coletoma

Qd.

FIOS

CÓDIGO

Aceptina 1mlp

Catet. p/ Oxi.

Catgul Cromado Sertix

Diazepam amp.

Fun. De Urinar Sist. Fech.

Catgul Cromado Sertix

Dimorf amp.

Compressa Grande

Catgul Simples

Dolantina amp.

Compressa Pequena

Catgul Simples Sertix

Eugenol 1ml

Colarinho

Catgul Simples Sertix

Fluconazol 100mg

Cloro 3.8

Catgul Simples Sertix

Fenogam amp.

Dreno Kerr n°

Catgul Simples Sertix

Fentanil ml

Dreno Kerr n°

Cera p/ casso

Inova ml

Crême Pezzier n°

Ethibond

Ketalar ml

Daubie p/ Macrogomas

Ethibond

Mercapina % ml

Esponja de Macrogomas

Ethibond

Nubatin amp.

Endo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon-amp

Figo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Prolamina amp.

Figo de PVC Largo cm

Fio de Algodão Sulupak

Ropivac 100mg

Furocav 10

Fia cardíaca

Sulfato de Amônio

Infuso de Ádolfo

Mononylon 3.0

Tioclambut ml

Infuso de Infus

Mononylon

Triclorum amp

Lâmina de Bisturi nº 23

Prolene Sertix

Qd. MEDICAÇÕES

Agua Destilada amp

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Sertix

Decaduron amp

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Sertix

Dipiridna amp

Loves 7.0

Vicryl Sertix

Flexidol amp

Loves 7.5

Vicryl Sertix

Fluocortisol amp

Luxas 3.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp

Lysof 7.5

Glicose amp

Lysof 10

Glucos de Cálcio amp

Lysof 10

Hemopeel ml

Lysof 10

Heparina ml

Lysof 10

Kanaklon amp

Sabao Antisséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Laxisx amp

Sabogol

SG Gelado fr 500 ml

Medroflazol

Sabogol 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Nobitana 100ml

Sabogol 20 ml

SG Rigr fr 500 ml

Prolamina

Sabogol 50 ml

SG fr 500 ml

Revital emp

Sabogol 100 ml

Diluogem

Stuphane amp

Sabogol 100 ml

Geleia de Caju

Sabogol 100 ml

Qd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Aguha desc. 25 x 7

Sabogol 100 ml

Aguha desc. 26 x 28 - 40 x 12

Sabogol 100 ml

Aguha desc. 3 x 4.5

Sabogol 100 ml

Aguha p/ raque n°

Sabogol 100 ml

Alcool de Enfermagem

Sabogol 100 ml

Alcool Iodado ml

Sabogol 100 ml

Atadums de Crejon

Sabogol 100 ml

Alfaruras de Gessada

Sabogol 100 ml

Azul mellieno amp

Sabogol 100 ml

Benzina ml

Sabogol 100 ml

## EQUIPAMENTOS

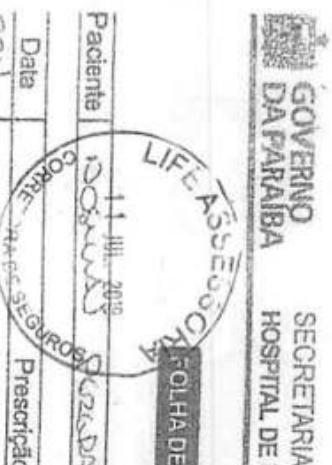
- ( ) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Serra ( ) Elétrico
- ( ) Desfibrilador ( ) Oxígeografo
- ( ) Foco Frontal ( ) Cardiomonitor
- ( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Helena R. do Nascimento

TELEFONE: 3200-6444

CURTA: 11-20.000



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

GOVERNO  
DA FARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM HUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

to the ground.

Paciente	113111-2010
Nome	EDSON GOMES
Sexo	M
Idade	60
Alojamento	8
Leito	2
Convênio	

Evolução Médica

Der neue Quellen

卷之三

HISTORIAN

100

100

11

100

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

On the 2nd of April 1914, I was born in a small town called Cawdor, in Scotland.

-

RODA DE TRATAMENTO E ENQUADRO

DIAGNÓSTICO



30/12/2018

HTCG-Painel Administrativo



Data: 30/12/2018  
Horas: 01:49:05  
Médico (a) Diarista: 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

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

DIA 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA 6h/6h	02
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 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 IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	02
7	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 2FRA AMP, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	025
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 1AMPOLA, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	025
9	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em SE PAS >180 E/GU PAD>110	046-30
10	DECUBITO ELEVADO	
11	REALIZAR HGT	
12	ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA <70	

Danilo Gonçalves  
MÉDICO  
CRM-PB 9160  
CRM-EPE 23634

30/12/2018

HTCG-Painel Administrativo



Data: 30/12/2018  
Horas: 01:55:22  
Médico (n) Diarista : Danilo Micael Lucena E Carvalho



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

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

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

Clinica: TERAPIA INTENSIVA Edfermaya: UTUROSA Leito: 16 Diagnóstico:

DIA 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA 6h/6h	01 32 33 18 22 06
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 8h/8h	10 32 33 02
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	03 34 120 02
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8:3H	10 18 02
5	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8:3H	14 22 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	96
7	PENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. IFRA AMP, 2EA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	12 15
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2AMPOLA, 2EA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	
9	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, Diluir em SE PAS >180 E/OU PAD>110	
10	DECUBITO ELEVADO	15 17 23 05
11	REALIZAR HGT	
12	ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA <70	



GOVERNO  
DA PARÁBA

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

REQUISIÇÃO DE EXA

MÓVEL:	1	JUL	2021	S	M	A	N	P	E	R	E	I	R	A	PRONTUÁRIO:
IDADE:	2	ANOS	RADE SEGURANÇA:	SEXO:	M	F	S	P	A	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LE:

DADOS CLÍNICOS:

PRE OPERATORIO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

E C G

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
HORA DA SOLICITAÇÃO:	12/10/2019		

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



GOVERNO  
DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

José

PRONTUÁRIO:

DATA:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

ABOS CLÍNICOS:

11/11/2019

PS - P



MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Joeira ( ) + Perung ( ) AP + P

GÊNÉRICA:

PA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

24 | 21 | 19

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

**FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO**

**PROCEDÊNCIA:** *Cadeo cirúrgica*

**DIAG. SINTÔMICO:** TCE / Politrauma / PTO LCR

**DIAG. FISIOTERAPÉUTICO:**

**MOTIVO INTERNAÇÃO:**

**ANTECEDENTES:**  AVC  HAS  DM  FIM  ICC  Cirurgia

**HDA:** *Paciente procedente da clínica cirúrgica, em PTO de UCE, vítima de acidente de moto. Admitido sob UMTS intubado, respirador.*

**HDP:** *Coronáriose*

**SV:** FC **RESPIRATÓRIOS:** FR 16 BPM PA 109 x 72 PAM Imped. SpO<sub>2</sub> % T %

**ESTADO GERAL:**  Regular  Grave  Gravíssimo **Apósico II** **SMR**

**NÍVEL DE CONCERNÉCIA:**  Acordo  Sonolenta  Torpeza  Comatoso **ECG**

**NÍVEL DE SEDAÇÃO:** Escala de Ramsay **Drogas**

**SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR** (Tonus, trofismos, reflexos, ADM, força muscular):

**SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR**

**SUporte VENTILATÓRIO:**  Espontâneo  VNI  VMI / Dias

**CÂNUA:** **TOT** Número: 75 Rima: 90 Pressão Cuff:

**O<sub>2</sub> SUPLEMENTAR:**  Não  CEN  Aprosl  Másc. Simples  Másc. Sistema de Ventilação  Másc. Reinalação parcial  Másc. não Reinalação Fluxo: 1/min FiO<sub>2</sub> estima

**DESCONFORTO VENTILATÓRIO:**  BAN  Tiques supraclaviculares  Tiques intercostais  Tiques subcostais  Uso de msc. necessária resp./Exp.  Clíones  Taquipneia  Resp. paradoxal  Estridor /A+

**OBSTRUÇÃO DE VAS:**  Sim  Não

**PADRÃO VENTILATÓRIO:**  Contal  Diaphragmico  Mistos  Paradoxal  Superficial

**RITMO VENTILATÓRIO:**  Regular  Irregular

**EXPANSIBILIDADE TORÁCICA:**  Normal  Diminuída  Simétrica  Assimétrica

**TOSSE:**  Sim  Não  Produtiva  Não produtiva  Eficaz  Deglito  Expectorada  Ineficaz

**SECREÇÃO:**  Sim  Não **QUANTIDADE:**  Pequena  Média  Grande

**COMPOSIÇÃO:**  Hialina  Mucóide  Mucopurulenta  Purulenta  Sanguinolenta

**COR SECREÇÃO:**  Incolor  Branca  Amarela  Verde  Marrom  Rosada  Vermelha

**NOME:** *Jeanan Pereira Costa*

**IDADE:** *30*

**PALPAÇÃO:**

**PERCUSSÃO:**

**AP/AC:** *PV + um ANT com RA*

**ACESSÓRIOS**

**ACESSO VENOSO:**  Central  Periférico. Local de inserção:

**DRENO:**  Pleural D  Pleural E  Mediastinal  Oscilante  Borbulhante  Dálio

**HORA**

	EXAMES COMPLEMENTARES			
	GASOMETRIA	PH: 7,49	PaO <sub>2</sub> : 245	PCO <sub>2</sub> : 33
HEMOCRITOS:				HCO <sub>3</sub> : 26,6 BE: 7,8
TOMOGRAFIA:				
RAIO X:				

**VENTILAÇÃO MECÂNICA - PARÂMETROS INICIAIS E MONITORIZAÇÃO**

**VIM:** **MODO-MODAL:** *PCV* **PC:** 15 **VT:** 304 **PEEP:** 5 **FL:** 20 **PS:** ~ **TI:** 1,23 **IE:** 1,25 **FiO<sub>2</sub>:** 100 **FLUXO:** ~ **SENS:** -2 **FR:** 14/14 **VM:** 7,7

**Cest:** *Cdyn:* **RVS:** *IRSS:* **PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>:**

**Pimax:** **Remax:** **Auto-PEEP:** **Drive pressure:**

**AJUSTES APÓS GASOMETRIA:** *PaO<sub>2</sub> ideal 97,82 - FiO<sub>2</sub> 39% - FL 1114 rpm - PEEP 10*

**CONDUTA INICIAL FISIOTERAPÉUTICA**

<b>CD:</b> <input type="checkbox"/> <b>THB:</b> <input type="checkbox"/> <b>TEP:</b> <input type="checkbox"/> <b>TEP:</b> <input type="checkbox"/> <b>Alta:</b> <input type="checkbox"/> <b>Qr:</b> <input type="checkbox"/> <b>VNI:</b>
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Fixação TOT <input type="checkbox"/> Ajuste VNI <input type="checkbox"/> Mobilização
<input type="checkbox"/> RCIP <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> Desmaine <input type="checkbox"/> Extração <input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Posicionamento
<input type="checkbox"/> Outros

**Observações:** *Respiração regular*

**RESUMO DE ALTA**

<input type="checkbox"/> Alta do CTI <input type="checkbox"/> Ótico <input type="checkbox"/> Setor destino	<b>DATA:</b>	<b>HORA:</b>
<input type="checkbox"/> Transferência para outro Hospital		

**DP ÁREA VERMELHA:** **TEMPO VMI** **TEMPO TOT** **TEMPO TOT**

<input type="checkbox"/> Detrit motor	<input type="checkbox"/> Alteração tônus
<input type="checkbox"/> Contusão	
<input type="checkbox"/> Deformidade	
<input type="checkbox"/> Efeitos da Mobilização	

**Fisioterapeuta/CREDITO:** *Respiratória*

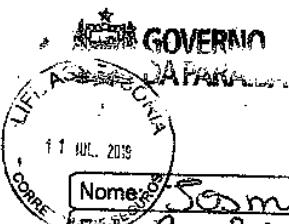




GOVERNO DA PARAÍBA						SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO						HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA						DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES						BH últimas 24h:						Febre ult. 24 h:						NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA						Nº PROJETO: 1803350																							
																								VT ideal:441						PaO2 Ideal:97,82						IDADE: 26						ADMISSÃO: 30/12/2018						DATA: 31/12/2018						LEITO: 16											

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONA LUZ GONZAGA FERNANDES						BH últimas 24h:	Febre ult. 24 h:	NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA		N° PROTOCOLO: 1803350		
						VT ideal: 441	PaO2 Ideal: 97,82	IDADE: 26		ADMISSÃO: 30/12/2018	DATA: 01/01/2019	LEITO: 16
REAVALIAÇÃO MANHÃ: Pd: oner, estôm. intermitente, vómitos em RV, náu. repetidas 20 min/h, dor abdominal, atendendo solicitação, Rx regular, respiração normal, sanguinolenta						REAVALIAÇÃO NOITE: Pd: grave, vómitos extensos, Vc/18 por cateter nasal, líquido colo-rectal, peritonite levemente descompõete-se, mastigação medelha e eficaz, reparações normais no final da noite.						
AP: MVR c/ roncos direitos						AP: MVR c/ roncos direitos						
AP: MODO: VT <sub>e</sub> = 600 VN Fluxo: Pe: PC: 14 PEEP: 5						AP: MODO: VT <sub>e</sub> VM Fluxo: Pe: PC: PEEP:						
VMI: Tr: 20% IE: 25 SENS <sub>resp</sub> : 92,8% PS: FR <sub>ext</sub> : 14/4 FIO <sub>2</sub> : 25% Sens <sub>ox</sub>						VMI: Tr: IE: SENS <sub>resp</sub> : PS: FR <sub>ext</sub> : FIO <sub>2</sub> : Sens <sub>ox</sub>						
Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EIC <sub>o</sub> : PaO2/FiO <sub>2</sub> : Pimax Pimax						Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EIC <sub>o</sub> : PaO2/FiO <sub>2</sub> : Pimax Pimax						
CD: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA						CD: FISIOTERAPIA MOTRIZ						
<input checked="" type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IGT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr: O2						<input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTRIZ						
<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Síntese <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de fio <input type="checkbox"/> Transporte intra						<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IGT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr: O2						
<input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> TRE Tubo Ti <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora						<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Síntese <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de fio <input type="checkbox"/> Transporte						
<input type="checkbox"/> VNI Tipo: Término IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM						<input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> TRE Tubo Ti <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora						
Cinesioterapia: ( )Passiva ( )Ativo-assistida ( )Ativa ( )Resistido ( )SL ( )SBL ( )ORT ( )SP ( )SENT/LEVA ( )ME ( )IDEA						<input type="checkbox"/> VNI Tipo: Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM						
Cinesioterapia: ( )Passiva ( )Ativo-assistida ( )Ativa ( )Resistido ( )SL ( )SBL ( )ORT ( )SP ( )SENT/LEVA ( )ME ( )IDEA						<input type="checkbox"/> VNI Tipo: Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM						
OBS:						OBS:						
HORA: T FC sdi/FR iVm PA PAM (min) SpO2 %T °C						EXAMES REALIZADOS NO DIA						
REAVALIAÇÃO TARDE: Pd: elevado, apesar de períodos de melhora, dor abdominal, atendendo solicitação, Rx regular, respiração normal, sanguinolenta						EXAME DATA HORA RESULTADO						
AP: MVR c/ roncos						GASO: pH PaCO <sub>2</sub> PaO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> BE GASO: pH PaCO <sub>2</sub> PaO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> BE GASO: pH PaCO <sub>2</sub> PaO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> BE						
VMI: MODO: VT <sub>e</sub> VM Fluxo: Pe: PC: PEEP: Tr: IE: SENS <sub>resp</sub> : PS: FR <sub>ext</sub> : FIO <sub>2</sub> : Sens <sub>ox</sub>						SEMI-ENVERGADURA SE: Hora: 17:00 P <sub>max</sub> : 73,47 VT <sub>ext</sub> : 294 441 50						
Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EIC <sub>o</sub> : PaO2/FiO <sub>2</sub> : Pimax Pimax						AVALIAÇÃO FUNCIONAL INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IMFS)						
CD: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA						CD: FISIOTERAPIA MOTRIZ						
<input checked="" type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IGT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr: O2						AVAVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - NRC						
<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Síntese <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de fio <input type="checkbox"/> Transporte intra						SCORE DIÁRIO MRC GRAUS DE FORÇA MUSCULAR MANHÃ TARDE NOITE						
<input checked="" type="checkbox"/> Desmane <input checked="" type="checkbox"/> TRE Tubo Ti <input checked="" type="checkbox"/> PSV <input checked="" type="checkbox"/> Tempo 1h <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora 13h						ABOLIÇÃO DO OMBO: 0-Sem contração visible FLEXÃO DO COXÔVEL: 1-contração visible sem movimento do seg. EXTENSÃO DE PUNHO: 2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade FLEXÃO DO QUADRIL: 3-Movimento ativo contra a gravidade EXTENSÃO DO JOELHO: 4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.						
Cinesioterapia: ( )Passiva ( )Ativo-assistida ( )Ativa ( )Resistido ( )SL ( )SBL ( )ORT ( )SP ( )SENT/LEVA ( )ME ( )IDEA						TOTAL TOTAL TOTAL						
OBS: Diáx em 18 por cateter nasal						DORSIFLEXÃO TORNOZ: 5-Flexão normal						

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES BH últimas 24h:						Febre ult. 24 h:	NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA		PROTÓTIPO: 1803350																														
VT ideal:441 PaO2 ideal:97,82						IDADE: 26	ADMISSÃO: 30/12/2018	DATA: 02/01/2019	LIT: 16																														
Escala de evolução - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO																																							
HORA: 14 FC: 49 bpm/FR: Irregular PA: 111x76 PAM: mmHg SpO2: % T: °C	HORA: 14 FC: 49 bpm/FR: Irregular PA: 111x76 PAM: mmHg SpO2: % T: °C																																						
REAVALIAÇÃO MANHÃ: Paciente em EGR, consciente e orientado, a.a.o. Arterial com VE10 (catheter nasal - Bltin) com ausculta de descolamento ventilar. Tensão, tosse, ficas e histeriorização +.																																							
REAVALIAÇÃO NOITE:																																							
11/01/2019																																							
AP: MV + em RAI com RA	AP:																																						
VMI: MODO: VT: VM: Fluxo: PI: PC: PEEP: TI: I:E: SENS: PS: FR: PS: FIO2: Sens:	VMI: MODO: VT: VM: Fluxo: PI: PC: PEEP: TI: I:E: SENS: PS: FR: PS: FIO2: Sens:																																						
Monit. Vent: Cst: RVS: Drive pressure: EICO: PaO2/FIO2: Pimax: Pemax:	Monit. Vent: Cst: RVS: Drive pressure: EICO: PaO2/FIO2: Pimax: Pemax:																																						
CD: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA FISIOTERAPIA MOTORA																																							
CE: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA FISIOTERAPIA MOTORA																																							
<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Audílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input checked="" type="checkbox"/> TI: O2 <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro Transporte intra <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tubo Tr. IPSV. Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extação Hora <input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM																																							
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input checked="" type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Ativo-assistida <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Resistido <input type="checkbox"/> ISL <input type="checkbox"/> ISBL <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> ISENT/LEVA <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> IDEA																																							
OBS: Fisioterapeuta: CREFITO																																							
HORA: 14 FC: 49 bpm/FR: Irregular PA: 111x76 PAM: mmHg SpO2: % T: °C	EXAMES REALIZADOS NO DIA:																																						
REAVALIAÇÃO TARDE:																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>EXAME</th> <th>DATA</th> <th>HORA</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GASO:</td> <td>02/01/19</td> <td>10:28</td> <td>PH: 7,45 PaCO2: 47 PaO2: 90,6 HC03: 29,3 BE: 5,9</td> </tr> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH: PaCO2: PaO2: HC03: BE:</td> </tr> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH: PaCO2: PaO2: HC03: BE:</td> </tr> </tbody> </table>										EXAME	DATA	HORA	RESULTADO	GASO:	02/01/19	10:28	PH: 7,45 PaCO2: 47 PaO2: 90,6 HC03: 29,3 BE: 5,9	GASO:			PH: PaCO2: PaO2: HC03: BE:	GASO:			PH: PaCO2: PaO2: HC03: BE:														
EXAME	DATA	HORA	RESULTADO																																				
GASO:	02/01/19	10:28	PH: 7,45 PaCO2: 47 PaO2: 90,6 HC03: 29,3 BE: 5,9																																				
GASO:			PH: PaCO2: PaO2: HC03: BE:																																				
GASO:			PH: PaCO2: PaO2: HC03: BE:																																				
RAIO X:																																							
OUTROS:																																							
AP:	DUTOS:																																						
VMI: MODO: VT: VM: Fluxo: PI: PC: PEEP: TI: I:E: SENS: PS: FR: PS: FIO2: Sens:	SEMI-ENVERGADURA: 56 Horad. 1,75 Pmax: 73,47 VT: 600 204 441 563																																						
Monit. Vent: Cst: RVS: Drive pressure: EICO: PaO2/FIO2: Pimax: Pemax:	AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IMS)																																						
CD: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA FISIOTERAPIA MOTORA																																							
AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - MRC																																							
<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Audílio a IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> TI: O2 <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro Transporte intra <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tubo Tr. IPSV. Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extação Hora <input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM																																							
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input checked="" type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Ativo-assistida <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Resistido <input type="checkbox"/> ISL <input type="checkbox"/> ISBL <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> ISENT/LEVA <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> IDEA																																							
OBS: Fisioterapeuta: CREFITO																																							
SCORE DIÁRIO MRC GRAUS DE FORÇA MUSCULAR MANHÃ TARDE NOITE																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ABDUÇÃO DO OMÍBIO</th> <th>0-Sem contração volunt.</th> <th>MMSS:</th> <th>MMSS:</th> <th>MMSS:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FLEXÃO DO COLO/VELHO</td> <td>1-contração volunt em movimento do seq</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTENSÃO DE PUNHO</td> <td>2-Mov. Alvo sem vencer a gravidade</td> <td>MMSS:</td> <td>MMSS:</td> <td>MMSS:</td> </tr> <tr> <td>FLEXÃO DO QUADRIL</td> <td>3/Movimento alvo contra a gravidade</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTENSÃO DO JOELHO</td> <td>4-Mov. alvo contra a gravidade e resist.</td> <td>TOTAL:</td> <td>TOTAL:</td> <td>TOTAL:</td> </tr> <tr> <td>DORSIFLEXÃO TOHNOZ</td> <td>5-Força normal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										ABDUÇÃO DO OMÍBIO	0-Sem contração volunt.	MMSS:	MMSS:	MMSS:	FLEXÃO DO COLO/VELHO	1-contração volunt em movimento do seq				EXTENSÃO DE PUNHO	2-Mov. Alvo sem vencer a gravidade	MMSS:	MMSS:	MMSS:	FLEXÃO DO QUADRIL	3/Movimento alvo contra a gravidade				EXTENSÃO DO JOELHO	4-Mov. alvo contra a gravidade e resist.	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	DORSIFLEXÃO TOHNOZ	5-Força normal			
ABDUÇÃO DO OMÍBIO	0-Sem contração volunt.	MMSS:	MMSS:	MMSS:																																			
FLEXÃO DO COLO/VELHO	1-contração volunt em movimento do seq																																						
EXTENSÃO DE PUNHO	2-Mov. Alvo sem vencer a gravidade	MMSS:	MMSS:	MMSS:																																			
FLEXÃO DO QUADRIL	3/Movimento alvo contra a gravidade																																						
EXTENSÃO DO JOELHO	4-Mov. alvo contra a gravidade e resist.	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:																																			
DORSIFLEXÃO TOHNOZ	5-Força normal																																						



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA Doutor LUIZ GONZAGA PERINAS

Ficha de Acolhimento

Nome: Susman Moreira Costa  
End: R. Silveira Freitas Bairro: José Pinheira  
Data de Nascimento: 07/02/1992 Documento de Identificação:  
Queixa: Ac. de Data do Atend.: 29/12/18 Hora: 13:05 Documento:  
Acidente de trabalho?  Sim  Não

Motiv

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 1:

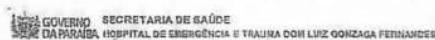
Cirurgião  
 Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Mahanayde Souza*

*Assinatura e carimbo do profissional*





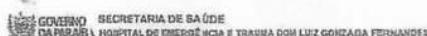
DIAGNÓSTICO

#### **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Ex. proto tibial ♂







DIAGNÓSTICO

Rp. phis Tibiae (D)





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

### Diagnóstico

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Josmar Pereira	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
29/12	Dietra líquida SRL 500 ml ev 8/8h Dipirona 500 mg + AD ev 6/6h Platif 200mg + 400 ev 12/12 h Toragacic 120mg + AD ev 12/12h - S/3 Dorangel 200 mg VO jgn. Teca corporalética m/10		Administrado	Pt nítido de adin. leite mucos h/2 ± 2h cr dgs + inconscientes em Jails D Nya alergias
	Internação agos liberação da Cir. Gref		Cd: Interno p/ tratamento crítico VPam	Examus fmé esp
	Hallissus Barros de Almeida ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM - PB 3002			SOU HALLISSUS BARROS DE ALMEIDA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM - PB 3002



Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Túmulo Donizete Costa			
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador - Dr. Fabio Szn	1º Auxiliar	Dr. Everton Freitas	
2º Auxiliar Dr. Ericson (mais)	3º Auxiliar	Instrumentador Gleyson	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Pneumotórax (d)		
Type de Operação	Osteosíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório	Início		
Relatório Imediato da Patologia	f		
Exame Radiológico no Ato	sim		
Acidente Durante a Operação	não		

### DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em ORH sob monitorização.
- 2) Anestesia + Antibiótico + Anticoagulante.
- 3) Incisões em fases: infra-auricular e antero-lateral da ferida (d) + Dissecção por planos + Hemostasia.
- 4) Redução craniotabular.
- 5) Osteosíntese de placa (d) em "L" + pinfusos sob escopia.
- 6) Sutura da pele com catgut.
- 7) Fecho de ferida por planos.
- 8) Cerramento.



Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Maria Idade: 26  
Convênio: SUS Data:  
Procedimento: Treatmento cirúrgico de fratura de platotrial

Cirurgião: Dra. Fabrício Siqueira Auxiliar: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Thamires  
Início: 17:15 Término: 18:55 Anestesia: Roxana

Observações:	
 Assinatura Anestesiista	



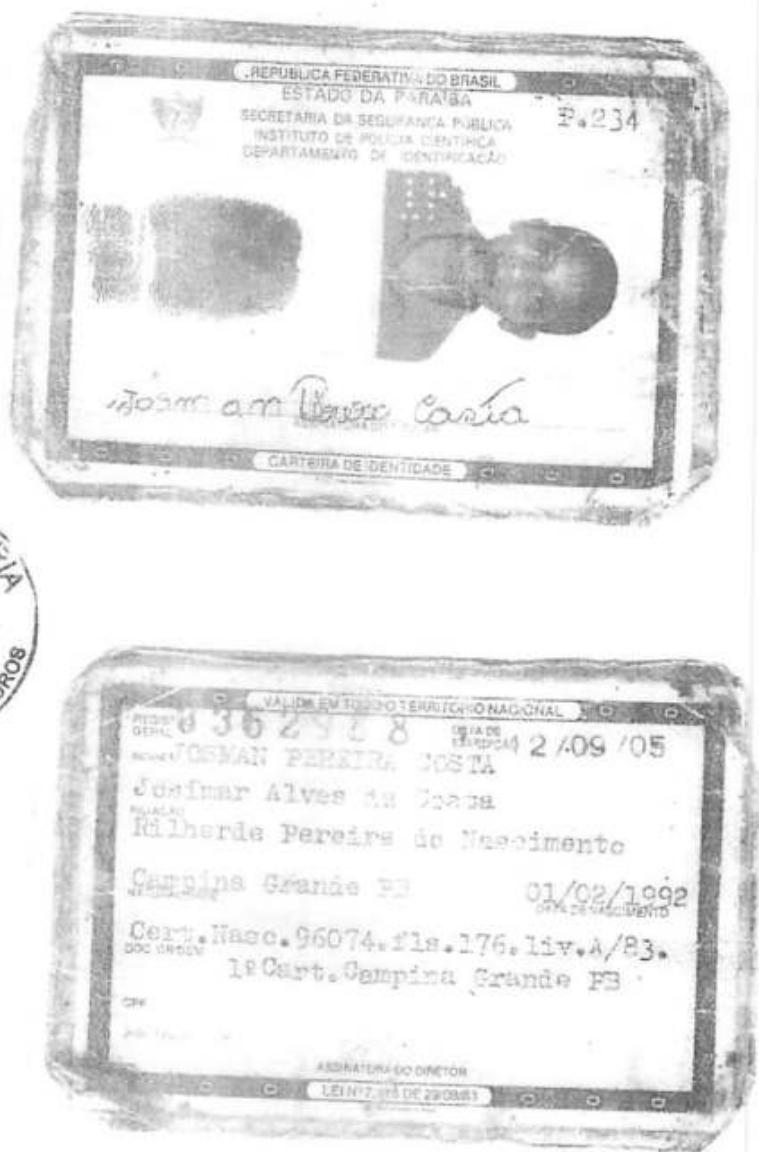
Assistente Anestesiologista

*Relatório de Operações*

Circulante

MOD-101





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**016.199.684-10**

Nome  
**JOSMAN PEREIRA COSTA**

Nascimento  
**01/02/1992**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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. 57



## 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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSMAN PEREIRA COSTA  
 DATA DO ACIDENTE 29/12/2018 CPF DA VÍTIMA 046.189.684-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR RUA SARGENTO EDSON SALES  
Nº 264 COMPLEMENTO 1º ANDAR BAIRRO MONTE CASTELO  
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.407-033  
 E-MAIL: TELEFONE (23) 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETO 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, TAI 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- TANTO 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 DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- FOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACCOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURARIO 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, TAI 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\$ 11.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LEVENS E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.514/74.
  - 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/07/2019IDENTIDADE 336.2988

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO DESENGAVENAMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

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

Num. 37721686 - Pág. 60

## Solicitação de Reembolso

Solicito que seja reembolsada o meu resimtro com número de AD 33901483689, em virtude de não concorda com o valor pago, pelo segredo fato de invalidade utilizada para indenizações da segura e VAR, fratura não consolidada de uma perna e indemnizada em R\$ 345,00; paralisação total de um joelho R\$ 9.400,00, perdiz total inacurável de um ouvido R\$ 9.400,00, e mais a sequela de TCE e grau moderado, com comprometimento funcional.

Enviou recentemente laudos médico e exames de imagem que comprovariam a existência das sequelas informadas, sem sorte de dinheiro, fui agendar perícias médicas, pelo o cancelamento da função da seguradora fiquei não conseguindo ponto quanto a minha deliberação definitiva.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Muito obrigado pela sua atenção.

Josémar Perino Bento

Bomprimo Grande, 10 de Setembro de 2015



## 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 médica-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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSMAN PEREIRA COSTA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 62