



Número: **0831092-68.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **02/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.765,69**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|-----------------------------------|--------------------|---|-------------------|
| JOABSON AGOSTINHO DE LIMA (AUTOR) | | FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 38547782 | 20/01/2021 10:27 | 2777269_CONTESTACAO_Anexo_03 | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389426

Vítima: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Data do Acidente: 24/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 45,70 |
| Juros: | R\$ 1,11 |
| Total creditado: | R\$ 1.734,31 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Valor: R\$ 1.734,31

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 000970313439-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01663/01664 - carta_15R - INVALIDEZ

00010832



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital do titular ou beneficiário não autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00349.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00349.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:03 horas do dia 16 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Joabson Agostinho de Lima**, conhecido(a) por Joabson, CPF nº 103.215.484-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Paz Agostinho de Lima e Josenaldo Soares de Lima, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 27/04/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Alfredo Régis, Nº 18, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo da Câmara Municipal, na cidade de Esperança/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Manoel Cabral, nº S/N, Via Pública, Próximo da Igreja Matriz, Esperança/PB, bairro Centro;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/03/20 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2011/2012, UF: PB, placa MOQ-7611, chassi 9C2JC4110CR461099, renavam 42741848-8, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O REFERIDO VEÍCULO NO LOCAL, AMBOS JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, CAIU EM UM BURACO EXISTENTE NA VIA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E COLIDIU COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO DA VIA PÚBLICA E QUE FOI SOCORRIDOS POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTE AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, SENDO QUE POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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

Procedimento Policial: 00349.01.2020.1.05.101



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Lucena/PB, 16 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00349.01.2020.1.05.101

2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 103.215.484-50 4 - Nome completo da vítima: Jacobson Agostinho de Lima

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

5 - Nome completo: Jacobson Agostinho de Lima 6 - CPF: 103.215.484-50
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Trav. Alameda Rigas 9 - Número: 13 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Esperança 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 970313439 AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital do titular ou beneficiário não autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 30/11/2020 |
|------------------------|------------|

| | |
|----------------------|--|
| NUMERO DO DOCUMENTO: | |
|----------------------|--|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.734,31 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000970313439-0

Nr. da Autenticação 523569C78A7C7470



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é vinculativo de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 050.361.800



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.103 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE:

MARIA DA PAZ AGOSTINHO DE LIMA

TRAV ALFREDO REGIS 18 58135000

ESPERANCA



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/664595-6

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
10/09/2020



CONSUMO
141 kWh



VENCIMENTO
17/09/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 98,69

Destaque aqui

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------|---------------|--|-----------------------------|
| BANCO DO BRASIL S.A. | | 001-9 | | 00190.00009 03268.926007 01371.177179 2 63810000009869 | |
| LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S.A. | | | | VENCIMENTO 17/09/2020 | |
| BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.103/0001-40 | | | | ACORDO DE BENEFICIÁRIO | |
| ENDEREÇO BR 230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | ROBOTO NÚMERO 32689260001371177 | |
| DATA DO DOCUMENTO 10/09/2020 | Nº DOCUMENTO 000000000-2620-09-3 | ESPECIE DOC DS | ACRÉDITO N | DATA DO PROCESSAMENTO 10/09/2020 | VALOR DO DOCUMENTO 98,69 |
| CARTERA 17 | ESTRUT RS | QUANTIDADE | VALOR | VALORES A PAGAR | |
| INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA. | | | | E) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| | | | | F) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| | | | | G) OUTRAS DEDUÇÕES | |
| | | | | H) VALOR COBRADO | |
| FATOR MÁRIA DA PAZ AGOSTINHO DE LIMA TRAV ALFREDO REGIS 18 58135000 SACADOR/AVALIADOR | | | | CNPJ/CPF 029.897.104-69 ESPERANCA (AG: 71) | |



Autenticação Eletrônica

Ficha de Compensação





10/1/2020

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2133616 CLASS. DE RISCO: VERDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 1760 - Marabá - PA, CEP: 58432-900 Data: 24/03/2020

PACIENTE: JOABSON AGOSTINHO

DE LIMA

Endereço: Esperança

Endereço: Esperança

Nome: Maria da Paz Agostinho de Lima

Residência: Maria Paz

Endereço: Crato, Sulamérica

OBS: FICHA: RESPOSTA DE MOTIVADO CASUAL

MECANISMOS DO TRAUMA

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIAGNÓSTICO / CID:

1º Grau 2º Grau 3º Grau
A. J. de Calceiro

HTCS-Palmer Admistr.

EXAME PRIMÁRIO - D. VICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

Exame físico

Pulso

Glasgow

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

1

2

3

4

5

6

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. J. J. de Calceiro

Dr. J. J. de Calceiro



NOME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

SERVIÇOS REALIZADOS

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|----|---|----|
| DESTINO DO PACIENTE | / | / | AS | : | HS |
| SE PRECISAR, INDIQUE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO CUSTO DO PACIENTE | | | | | |
| A DISTRIBUIÇÃO DO | | | | | |

Suelio Moreira Torres
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2021 10:27:43



Computational Linguistics

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

00

ASSINATURA
DIURESE

FR

FC

110RA PA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - 55-98.778.268/0036-52
Call: 0800-010000 - Avenida Conselheiro Gaudêncio, 11 - 484-32-8195 Data: 24/03/2020

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - mg. CEP. 38.412-005.

Date: 24/03/2020

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

DATA 24/03/2020 HORA: 16:50:01

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

● OTIVO - AUMENTAR O NÍVEL DE MOTO

SINAIS VITAIS

| | | | | | | |
|------|---------|-----|-------|-----|-----|-------|
| HGT: | 5AT 07- | PA: | TEMP: | FC: | FR: | PESO: |
|------|---------|-----|-------|-----|-----|-------|

DIABETES ()SIM (X INÃO) HAS ()SIM (X NÃO)

DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO

ESTADO GERAL: DOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CULPULSAO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APATICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS

() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERDE

doi:10.1371/journal.pone.0213921.g001



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0036-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletem de Emergência (B.E.) - Modelo 03

PARAIBA
Governo do Estado

NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



Seu nome
PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Data da Internação: 24/03/2020

Data da Alta: 31/03/2020

Registro: 2133630

Tempo de Permanência: -18346

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO CALCANEIO

Diagnóstico Final: FRATURA DO CALCANEIO

Cirurgia: SINTESE

Data: 30/03/2020

Equipe:

Cirurgião: WAGNER DE MELO FALCAO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 31/03/2020

Dr. Schubert Costa
CRM: 5523

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues





PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 100959

DATA DA CIRURGIA: 30/03/2020

Número do Atendimento: 2133630 Clin: AMARELA / Enf: 8 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Data da Internação: 24/03/2020

Atendimento: 2133630

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA CALCANEAO DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 30/03/2020

Equipe:

Cirurgião: WAGNER DE MELO FALCAO

Aux 1: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: KAROLINNE SOUTO DE FIGUEIREDO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DECUBITO LATERAL ESQUERDO, SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM REGIÃO LATERAL DO PÉ DIREITO, EM VIA SUPRA-FIBULAR + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - OBSERVADA EXTENSA LESÃO CONDRAL EM FACETA POSTERIOR DO CALCANEAO DIREITO ASSOCIADA A COMINUIÇÃO DA FRATURA + LESÃO CONDRAL DO TÁLUS

5 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 3,5 MM

6 - LAVADO DE FO COM SF

7 - SUTURA

8 - CURATIVOS

9 - À URPA

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 30/03/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

| | | | | | |
|---------------|-------------------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| Paciente: | Carmem Zosterino de Lima | | Idade: | 23 anos | |
| Convênio: | | | Data: | 30/03/20 | |
| Procedimento: | Ht. cirurgico px de escaleiro | | | | |
| Cirurgião: | Dr. Wagner | Auxiliar: | Dr. Traut | Anestesista: | Dr. Karol |
| Início: | 10:00 | Término: | 11:30 | Anestesia: | Raquel |

[illegible][illegible]

Observações:

Desenho. Ala Cirúrgica L.L.

Assinatura Anestesieta

Circulante



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | |
|---|--------------------------|----------|------------------------------|--------------------|---------------------------|
| PACIENTE: Jonhson Agostinho de Lima 27/04/1998 | | | | GOVERNO DA PARAIBA | |
| QI | LEITE | CONVÊNIO | IDADE | REGISTRO | |
| | Sala 06 | SUS | 21 | 2133616 | |
| CIRURGIA | | | CIRURGIAO | | |
| ANESTESIA | | | ANESTESIA | | |
| INSTRUMENTADORA | | | FIM | | |
| DATA | | | INICIO | | |
| 29/03/20 | | | 10:00 | | |
| FIM | | | 11:10 | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS |
| | Adrenalina amp. | | Catet. pr Oxyg. | | Catgut cromado Sertix |
| | Atropina amp. | | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix |
| | Diazepam amp. | | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix |
| 01 | Dimore amp. | | Compressa Pequena | | Catgut Simples |
| | Dolantina amp. | | Cotonoides | | Catgut Simples Sertix |
| | Efrane ml | | Dreno | | Catgut Simples Sertix |
| | Fenegan amp. | | Dreno Kerr n° | | Catgut Simples Sertix |
| 01 | Fentanil ml | | Dreno Penrose n° | | Cera pl osso |
| | Inova ml | | Dreno Pezzer n° | | Ethibond |
| 01 | Ketalar ml | | Equipo de Macrogotas | | Ethibond |
| 01 | Mercaina 5/2 ml | | Equipo de Macrogotas | | Ethibond |
| | Nubain amp. | | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix |
| | Pavulon amp. | | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix |
| | Protigmine amp. | | Espatadriapo Largo cm | | Fio de Algodão Sertix |
| | Protóxido 1/m | | Furacin ml | | Fio de Algodão Sertix |
| | Quechic ml | | Gase Pacote c. 10 unidades | | Fila cardiaca |
| | Rapifen amp. | | H.O. ml | 02 | Mononylon 20 |
| | Thionembutal ml | | Intracath Adulto | | Mononylon |
| | Tracrium amp. | | Intracath infantil | | Prolene Sertix |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | | Lamina de Bisturi n° 23 | | Prolene Sertix |
| 02 | Agua Destilada amp. | | Lamina de Bisturi n° 11 | | Prolene Sertix |
| 01 | Decadron amp. | | Lamina de Bisturi n° 15 | | Prolene Sertix |
| 02 | Dipirona amp. | | Luvas 7.0 | | Vicryl Sertix |
| | Flexidol amp. | | Luvas 7.5 | | Vicryl Sertix |
| | Flebocontic amp. | | Luvas 8.0 | | Vicryl Sertix |
| | Geramicina amp. | | Luvas 8.5 | | |
| | Glicose amp. | | Oxigênio 1/m | | |
| | Glucón de Calcio amp. | | Poli fix | | |
| | Haemacel ml | | PVPi Degemante ml | | |
| | Heparina ml | | PVPi Tópico ml | | |
| | Kanakron amp. | | Sabão Antiséptico | 02 | SG Normotermico fr 500 ml |
| 01 | Lesiviana | | Saco coletor | | SG Gelado fr 500 ml |
| | Medrobinazol | | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertermico fr 500 ml |
| | Plasil amp. | | Seringa desc. 20 ml | | SG Ringer fr 500 ml |
| | Prolamina | | Seringa desc. 05 ml | 03 | SG fr 500 ml |
| | Revivan amp. | | Sonda | | |
| | Suptanon amp. | | Sonda Foley | | |
| 02 | Cefalotina 1g | | Sonda Nasogástrica | | |
| | | | Sonda Urinal n° | | |
| | | | Steridrem ml | | |
| | | | Torneirinha | | |
| | | | Vaselina ml | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Gelcon 18 | | |
| 02 | Agulha desc. 25 x 7 | | Lateex | | |
| | Agulha desc. 28 x 28 | | | | |
| | Agulha desc. 3 x 4,5 | | | | |
| 01 | Agulha p/ raque n° 25 | | | | |
| 03 | Alcool de Enfermagem | | | | |
| | Alcool Iodado ml | | | | |
| 04 | Ataduras de Crepon | | | | |
| | Ataduras de Gessada | | | | |
| | Azul metileno amp. | | | | |
| | Benzina ml | | | | |

CLEAN VAPOR
TIPPO 5/ISO 1140-1
LOTI CL 5200419
Atenção: se a cor do quimado for igual ao
mais escuro que a cor de segurança.

CLEAN VAPOR / STEAM
TIPPO 5/ISO 1140-1
LOTI CL 5150019
Atenção: se a cor do quimado for igual ao
mais escuro que a cor de segurança.

Qtd. **SOROS**
02 SG Normotermico fr 500 ml
02 SG Gelado fr 500 ml
02 SG Hipertermico fr 500 ml
03 SG Ringer fr 500 ml
03 SG fr 500 ml

Qtd. **ORTESE E PRÓTESE**

02 parafusos canulados
35

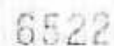
EQUIPAMENTOS

1 Oxímetro de Pulso
1 Serra
1 Desfibrilador
1 Foco Frontal
1 Fonte de Luz
1 Foco Auxiliar
1 Eletrocautério
1 Oxímetro
1 Cardiomonitor
1 Perfurador Elétrico

CIRURJANTE RESPONSÁVEL
Téc. Enfermagem
COREN 1218544

MOD 650





NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

No. A. H.

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Martin Luther King Jr.
National
Civic

Controlador: Flávio - F: (01) 96038-0833







MINISTÉRIO DA RECEITA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
103.215.484-50

Nome
JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Nascimento
27/04/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 9910995773
PRT 20130800000117-7
1 42741848-8 00/00000000 2013

LINDALVA BARBOSA DA SILVA

PLACA
MOQ76111/PB

05286074480

NOVO PB 902JC4110CR461099

VEICULO/OTC/INCL. 2011 2012

WANDA/CG 125 TAN KS

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

1 PVA PAGO EM 04/01/2013

V A.....

SEM RESERVA DE DOMINIO

SEGUNDO P A Q Q 04/01/2013

PB Nº 9910995773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

05286074480

MOQ76111/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9910995773

2013 04/01/2013

418488 GAS BOMBA/CG 125 TAN KS

2013 902JC4110CR461099

PREMIO TARIFARIO

.....

P A C O

SEGUNDO

04/01/2013

Seguradora Lider dos Consórcio
de Seguro DPVAT S/A

notas



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOQ7611

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2013
 Proprietário: *****
 Placa: MOQ7611
 Combustível: GASOLINA
 Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2011
 Ano Modelo: 2012
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 31/03/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: ESPERANCA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 21/10/2020

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA | |
|--|--------------|-----------------------|-----------|
| DETRAN - PB | | Nº | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| VR | CD. REN. AM. | RTS | EXERCÍCIO |
| | | | 2013 |
| NOME / ENDEREÇO | | | |
| ***** | | | |
| PLACA | | MOQ7611 | |
| ESPECIE / TIPO | | COMBUSTIVEL | |
| PASSA / MOTOCICLET | | GASOLINA | |
| MARCA / MODELO | | ANO FAB. ANO MOD. | |
| HONDA/CG 125 FAN KS | | 2011 2012 | |
| CAP. POT. / CL. | | CATEGORIA | |
| PARTICULAR | | COR PREDOMINANTE | |
| PRETA | | | |
| VENC. DATA ÚNICA | | VENC. DATA ÚNICA | |
| 31/03/2020 | | 1º | |
| 2º | | 3º | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| ESPERANCA | | | |
| 21/10/2020 | | | |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389426 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA **Data do acidente:** 24/03/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DE PÉ DIREITO. P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS CANULADOS). ALTA MÉDICA. PÁG 5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ 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 funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309152/20

Vítima: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

CPF: 103.215.484-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2020

Titular do CPF: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA : 103.215.484-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: JOABSON AGOSTINHO DE LIMA
CPF: 103.215.484-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

JOABSON AGOSTINHO DE LIMA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

