
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

Nº Sinistro: 3180543270

Vítima: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

Data do Acidente: 19/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543270**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**

Sinistro: **3180543270**

Vítima: **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**

Data do Acidente: **19/12/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

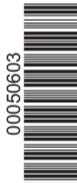
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180543270** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072 441 594 73

Nome completo da vítima

Josenilton José da Silva Freire

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Josenilton José da S. Freire	CPF titular da conta	07244159473	Profissão	Recurso
Endereço	Rua Joaquim Francisco Pontes	Número	SN	Complemento	
Bairro	Nova Alhandra	Cidade	Alhandra	Estado	PB
Email		CEP	58320-000	Telefone (DDD)	(83) 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0220

D/V

CONTA

01460

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

COMPREV

NRO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AGÊNCIA

NRO: 15

DATA: 15/10/2018

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Josenilton José da Silva Freire

Local e Data

Josenilton José da Silva Freire

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
15 JUL. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 00415.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00415.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 04 dia(s) do mês de Março do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA**, às 08:51 horas, compareceu **JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motorista Carreteiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 22 de Abril de 1986, idade 29, filiação Maria do Socorro da Silva e José Ivan FReire, Documento - CPF: 072.441.594-71, residente Rua João FRancisco da Silva,135, [NÃO INFORMADO], na cidade de Alhandra/PB, telefone (83) 99313-8506

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/12/15, por volta das 14:30h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ESD, cor preta, ano 2014, de placa QFD-3926/PB, chassi nº 9C2KD0540ER059799, de sua propriedade, por uma via que fica localizada em Nova Alhandra, na cidade de Alhandra/PB, após ser atingido por outra motocicleta, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 04 de Março de 2016

João Pessoa, João Antônio Duarte Félix.
JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DÚARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

*Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Data: 15/03/2016*





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Elorenilton José Costa Freire

CPF da Vítima

07244159471

Data do Acidente

19/11/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email	Telefone (DDD)
-------	----------------

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15/11/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

Elorenilton José Costa Freire
15 de Outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

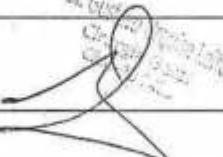
IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA			HORA:	
Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
19-12-15	1086788	José Antônio José da Silva	29	
Local da Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
H. de Alhandra		Alhandra	J. Belchior	
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ <input type="checkbox"/> INEMÁTICA: _____	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA (S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS: <input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input checked="" type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE / <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAB / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFLOGAMENTO / <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO / <input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros
EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input type="checkbox"/> DOR: <u>M5</u> LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE / TIPO DE FERIMENTO E LOCAL: _____	

DESTINO:

Local: H. Antônio Responsável: _____ Função: _____



DADOS VITAIS:

VVA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 ipm < 30 ipm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal PAS: > 90 mm Hg < 90 mm Hg

P.A: 100x70 FC: 40 FR: 20 GLICEMIA: _____ E. Coma: _____ SpO2 s/O2: _____ SpO2 e/O2: _____ T: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

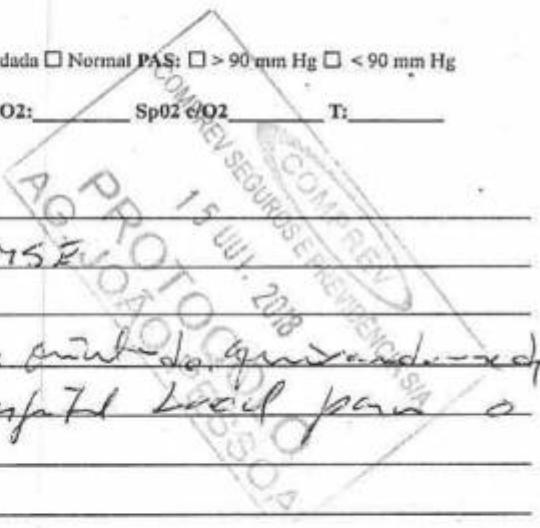
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____
- INTERVENÇÕES: acesso venoso e monitorização de 175E
- Evolução do ENFERMEIRO: _____

Vítima de acidente ictílico, cinto, paciente admitido gravemente, fez parte de um 175E, transferida do Hospital Local para o H. Antônio.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: b. filha COREN: 61919 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: joan COREN: 699371

CONDUTOR: jair SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____



RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____ TESTEMUNHAS: _____

RELAÇÃO DE PERTENÇES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG / CPF / TÍTULO DE ELEITOR / HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / OUTRO:

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MARCA: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD / VISA / AMERICAN EXPRESS / HIPER / OUTRO: _____CARTÃO DE BANCO: 1 / 2 / 3 NOMES: _____

TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR: R\$ _____ (_____)

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____ / ANEIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENÇES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLOGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N.º)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTERIL (PACOTE)	
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTERIL (PACOTE COM 100 unid.)	
AGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
DIPIRONA 1 g		ÁLCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOLOPAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N.º	
ESCOLOPAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO Tamanho P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO Tamanho M	
DICLOFENACO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO Tamanho G	
FUROSEMIDA		JELCO N.º 14	
CAPTOPRIL 25 mg		JELCO N.º 16	
AAS 100 mg		JELCO N.º 18	
ISORDIL 5 mg		JELCO N.º 20	
METOCLOPRAMIDA		JELCO N.º 22	
HIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N.º 24	
HIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N.º 23	
IPRATROPICO GOTAS		SCALP N.º 25	
FENOTEROL GOTAS		GARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPIN		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIODARONA		ESPARADRAPO	
TERBUTALINA		MASCARA DESCARTÁVEL	
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTERIL N.º 7,5	
		LUVA ESTERIL N.º 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	
		OUTROS:	



REDE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 815494 Atd: Nao Regulado
Data: 19/12/2015
Hora: 16:42:36
Repcionista: JUSSARA DOS SANTOS ERMANC
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Sexo: M IDENTIDADE: 3303147 Fone: 991896162
CNS: 698004045196155 Data Nasc.: 22/04/1986 Id: 29 ano(s)

Natural: ALHANDRA/PB

End.: RUA ABILIO PAULINO, 145 Cidade: ALHANDRA UF :PB

Bairro: NOVA ALHAMDRA

Pai: JOSE IVAN FREIRE

Mae: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Sesp.: ESPOSA/ MARLI CRUZ DA SILVA

Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Frota: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X MOTO EM NOVA ALHANDRA/

Vitima de acidente por: ALHANDRA PROX AO HOSPITAL AS 14:00HS/ CONDUTOR

Vitima de violência por: ENS. MEDIO COMP. PARDA

] Caso Policial

RE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
so:	Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
icemia:	IMC: [] Diarreia [] Agitado
rc. Abd:	O2%: [] Regular [] Chocado
	[] Vomito
	Observacao

quadro Principal

PAC VITIMA COLISAO MOTO X MOTO APRES TRAUMA EM
PUNHO E E TORNOCOLO D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

TGE, desmofos em rotulaes, ABCD, cervical, prox
abdomen e laringe sem alterações. Apresenta dor
e edema no joelho em punho e cotovelo em
toracogastro direito

Conduta RX

| Horario da medicacao

|

|

Prescrição

Auxilio de mdp, ex
ADCD, cervical, prox
laringe, dor e edema no joelho e cotovelo
toracogastro direito
Referencia Cirurgia
Ortopedia

COMPREV SEGURO E PREVIDENCIA SIA
15 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO

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: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00220

CONTA: 00000001460-3

Nr. da Autenticação 769FC3C25D3B5DB2



ORTOClínica
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Arthroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raios-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

(5)

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr^a. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr^a. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr^a. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Arthroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

CONFIREV PREVIDÊNCIA S/A

19 NOV. 2018

PROTÓCOLO

AC. JOÃO PESSOA

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicabp.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

(1)

PREV PREVIDÊNCIA
Ronaldo Queiroz
CRM 596
19 NOV 2010
Dr. Gouvela Filho
CRM 4343
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Haltori Nasrala
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Drª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓



ORTOClínica
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

②
Fraturas, Ortopedia,
Arthroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia da Quadril e
Oncologia Ortopédica.

CV PRÉVIDÊNCIAS:

Dr. Renato Queiroz
CRM 496

19 NOV. 2018

ROTÓLOGO
JOÃO PESSOA

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Drª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
do Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicaspb.com.br - Email: clics.ortoclinica@uol.com.br

Vários traumas
(ocorrência).
em 19/12/2015

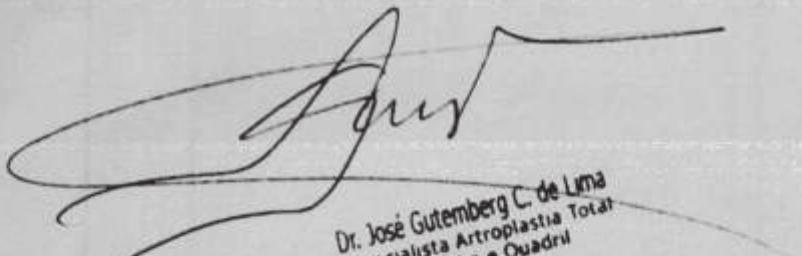
e 1º op. abr.
20/12/2015. Abra-
ço com desfer-
ferido d. ferida
d. flexão e
extensão d.

peito exposto
em 50% e 50%
de braços - 6

J. Queiroz, M.D.

noventa dias após cirurgia
de TJA e o paciente
deste de te. CID 552.

SR 19/12/2015



Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

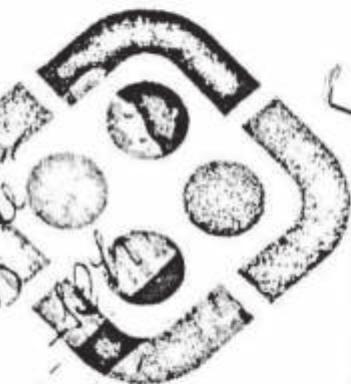
19 NOV. 2018

QUADRIVI PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Matriz: Ceará Fortaleza (85) 3255.9090 Central de Atendimento 24h: 0300.7893630 www.hapvida.com.br
Filial: Alagoas: Maceió (82) 3215.2500 Amazonas: Manaus (92) 3627.0300 Bahia: Salvador (71) 3203.8700
Ceará: Juazeiro do Norte (88) 3512.1515 Sobral (88) 3613.1242 Maranhão: São Luís (98) 3217.3400
Paraíba: Belém (91) 3289.6500 Paraíba: João Pessoa (83) 3206.2100 Ceará: Grande (85) 3321.9200
Piauí: Teresina (86) 3216.7100 Rio Grande do Norte: Natal (84) 3220.5050 Minas Gerais (84) 3316.1170

HQ
FISCAL



ORTO

FATURADO
05/02/2016
VISTO _____
Wendy

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2025.12.001540

SISREG
INTERNADO EM
19/12/2015

ESTO Boeing

COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME DO PACIENTE:

Josénilton José da Silva Ferreira

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ortopedias 18/3/2015 às 11:20h

Paciente vítima de acidente de moto, sentiu
dor nas costas no ponto E com dor牵拉牵伸牵
contração do redor distal E.
Indicado trat. conservador.

Indicado:

tela exata permanente.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4847 / TEOT 8331

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106002-9

030309022-7

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
15 JUL. 2018

030101004-8

PROTOCOLO
AG. IDÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

X Marly Brug da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

815494

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITI

2 - CNEM

2 3 9 9 6 2 8

3 - N° DE AH

4 - N° DO LAUDO

73228153

5 - N° DO PROTOCOLO

2015-12-15 40

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

José Antônio José da Silva Freire

DOCUMENTO (RG / CPF / REGISTRO)

RACA

NACIONALIDADE

NATURALIDADE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 819191919114241815131716

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/01/86

José Freire

Masculino

Fem. ()

11 - TELEFONE DE CONTATO

(0xx) 3222-1540

9 - NEXO

Mae ()

Pai ()

10 - NOME DA MAE

Maria do Socorro da Silva

12 - ENDEREÇO (PLA, N°, BAIRRO)

R. Abílio Paulino - 345 - Naro Almendra

13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

Almendra.

14 - CÓD. INICIO MUNICÍPIO

15 - UP

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

+ fraturas pulso (E) + após queda de moto.
Do + edema + deformidade pulso (E)
Fratura extremitade direita (D)
Fratura extremitade direita (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessite fut. cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAIS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES CLÍNICOS)

Exame fisi + Rx pulso (E)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CÓDIGO PRINCIPAL

22 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

23 - CÓDIGO CAUSAS ASSOCIADAS

Fat. radio distal (E)

5525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fat. cirúrgico Fat. do radio distal (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0141018101210141017

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Andrade Amorim

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/12/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Otorrinolaringologista
CRM-PO-1517 / TEOT-8231

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

34 - CNPJ DA SEGUROADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - N° DO BILHETE

37 - SÉRIE

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESMENDICADO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - OSOR

() APONTADO

() NÃO MECURADO

() APOSENTADO

() NÃO MECONUDO

() FERIMENTO

AUTORIZAÇÃO

40 - N° DO ORGÃO EMERG.

41 - AUTORIZAÇÃO DO AUDITOR

() PESSOAL

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

() CNS () CPF

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jacyntho José da S. Freire Data da Admissão: 19/12/15

Prontuário: _____ Idade: 29 Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

Sexo: Masculino Cor: P Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: Casado Religião: _____

Data de Nascimento: 20/01/86

QPD: Quedas de moto frenas no ponto E

HDA: Falta rotina no rádio de trabalho

Vítima de queda de moto, sofreu

Falt. de rádio diário e trabalho e

comunicação

Indicado para cirurgia.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Prurido Sudorese
 Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidex pós-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____

COMPREM SIGILOS E PROVIMENTOS
15 JUL. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

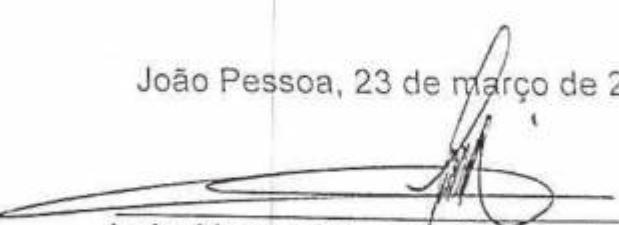
**HOSPITAL GERAL
DA PARAIBA**

Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE, esteve internado neste Hospital durante o período de 20.12.2015 a 21.12.2015, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário e atendimento nº 33433552.

João Pessoa, 23 de março de 2016.


Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto

Supervisor de Faturamento



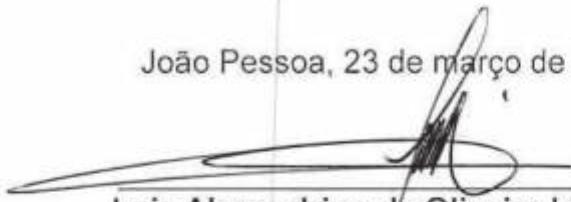


Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**, esteve internado neste Hospital durante o período de 20.12.2015 a 21.12.2015, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário e atendimento nº **33433552**.

João Pessoa, 23 de março de 2016.


Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto

Supervisor de Faturamento


OMPREV
OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUL. 2018

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

33433552



09/03/2016 15:44:04

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade		
13638277	JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE	M	22/04/1986	29		
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil		
3303147 SSP PB	7244159471			2-SOLTEIRO		
Endereço						
R ABILIO PAULINO 145 CENTRO ALHANDRA-PB CEP:58000000						
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe				
991896162		MARIA DO SOCORRO DA SILVA				

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/12/2015	12:19		
Médico Atendente			Clinica
29449405 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29449405 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA			0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
1898-UNIPAR JOAO PESSOA	2-PLANO ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
33433552	99996666	11111111	INTERNACAO
33433552	30721199	11111111	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO



Atendimento.: 33433552 Prontuario.: 13638277 JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data Admissao: 20/12/2015 Data Alta.: 21/12/2015
Convenio....: 1898 - UNIPAR JOAO PESSOA

- PABX

Ramal Setor

Qt Duracao Unidade Vi Ligacao

Total PABX....:

- RESTAURANTE

Codigo Descricao

Qtd Vi Unitario Vi Total

Total Restaurante.:

- EXAMES/HONORARIOS

No Guia	Exame	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
33433552	99996666	INTERNACAO	1				0,00

Total Exames....:

- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Numero Guia:	33433552	Procedimento:	99996666 - INTERNACAO	Ato Descricao	Valor Cobrado
Honorario	Nome Medico				

Total Honorario.:

Comanda: 17568484 (REQUISICAO) em 20/12/2015 Setor Destino: POSTO 1ANDAR - HGJP

Taxa	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
------	-----------	-----	----------------	-------------	----------------	---------------

Total Taxas....:

Medicam	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
42099	KEFLIN 1 GR FRAP 1 UD	2	FRAP	5,01	10,02	0,00	10,02
143303	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 10	2	TUBO	2,13	4,26	0,00	4,26

Total Medicamento.: 14,28

Material	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 Ml	2	SERI	3,63	7,26	0,00	7,26
31739	ALCOOL FRAS 1 UD	20	FRAS	0,05	1,00	0,00	1,00
51063	ALGODAO HIDROFILO PCT 1 GR	8	PCT	0,04	0,32	0,00	0,32
139206	LUVA PROCEDIMENTO P CX 1 PA	4	CX	0,65	2,60	0,00	2,60

Total Material.: 11,18

Comanda: 17566981 (REQUISICAO) em 20/12/2015 Setor Destino: POSTO 1ANDAR - HGJP

Taxa	Descricao	Qtd	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
------	-----------	-----	----------------	-------------	----------------	---------------

01001002	DIARIA DE ENFERMARIA	1,00	154,69	154,69	0,00	154,69
----------	----------------------	------	--------	--------	------	--------

Total Taxas....:

Medicam	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	3	AMPL	1,30	3,90	0,00	3,90
39586	TRAMAL 100MG AMPL 2 ML	3	AMPL	8,42	25,26	0,00	25,26
44415	TILATIL 20MG FRAP 1 UD	2	FRAP	6,82	13,64	0,00	13,64
48844	SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500	4	TUBO	2,50	10,00	0,00	10,00

Atendimento.: 33433552 Prontuario.: 13638277 JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data Admissao: 20/12/2015 Data Alta.: 21/12/2015
Convenio.....: 1898 - UNIPAR JOAO PESSOA

- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Numero Guia:	33433552	Procedimento:	99996666 - INTERNACAO	Setor Destino:	POSTO STANDAR - HGJP			
Comanda:	17566981 (REQUISICAO) em	20/12/2015		Qtd Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
Medicam	Descricao							
133985	AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	3 AMPL	0,72	2,16		0,00		2,16
143303	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 10	3 TUBO	2,13	6,39		0,00		6,39
Total Medicamento.: 61,35								
Material	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario		Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	UD	7,40	7,40		0,00	7,40
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	3	SERI	0,89	2,67		0,00	2,67
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 M	2	SERI	1,37	2,74		0,00	2,74
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 M	3	SERI	3,63	10,89		0,00	10,89
31739	ALCOOL FRAS 1 UD	70	FRAS	0,05	3,50		0,00	3,50
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	8	UD	0,56	4,48		0,00	4,48
51063	ALGODAO HIDROFILO PCT 1 GR	22	PCT	0,04	0,88		0,00	0,88
139206	LUVA PROCEDIMENTO P CX 1 PA	11	CX	0,65	7,15		0,00	7,15
159050	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	UD	0,80	0,80		0,00	0,80
Total Material.: 40,51								

Numero Guia: 33433552 Procedimento: 30721199 - FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO

Honorario	Nome Medico	Ato Descricao	Valor Cobrado
-----------	-------------	---------------	---------------

Total Honorario.:

Comanda: 17614678 (REQUISICAO) em	20/12/2015	Setor Destino:	CENTRO CIRURGICO - HOSP JOAO PESSOA
-------------------------------------	------------	----------------	-------------------------------------

Total Taxas....:

Medicam	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado	
34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	2	AMPL	0,44	0,88		0,00	0,88
38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2	AMPL	1,30	2,60		0,00	2,60
40045	DORMONID 5 MG AMPL 5 ML	1	AMPL	7,19	7,19		0,00	7,19
42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2	FRAP	18,77	37,54		0,00	37,54
44415	TILATIL 20MG FRAP 1 UD	1	FRAP	6,82	6,82		0,00	6,82
49581	PLASIL AMPL 2 ML	1	AMPL	1,42	1,42		0,00	1,42
118240	SOLUCAO DE RINGER SIMPLES TUBO 500	1	TUBO	2,17	2,17		0,00	2,17
134165	NOVABUPI SIAD 0,5% FRAP 1 UD	1	FRAP	28,89	28,89		0,00	28,89
145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML	1	AMPL	4,94	4,94		0,00	4,94
Total Medicamento.: 92,45								

Material Descricao

Material	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado	
25534	FAIXA DE SMARCH 10CM - 1 UD	2	UD	8,44	16,88		0,00	16,88
26182	COMPRESSA OPERATORIA 25X23 - 1 UD	10	UD	2,54	25,40		0,00	25,40
27081	EQUIPO FOTO SENSIVEL GOTAS - 1 UD	1	UD	38,18	38,18		0,00	38,18

Atendimento.: 33433552 Prontuario.: 13638277 JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
Data Admissao: 20/12/2015 Data Alta.. 21/12/2015
Convenio....: 1898 - UNIPAR JOAO PESSOA

- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Numero Guia:	33433552	Procedimento:	30721199 - FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO	Setor Destino:	CENTRO CIRURGICO - HOSP JOAO PESSOA		
Comanda:	17514678 (REQUISICAO) em	20/12/2015					
Material	Descricao	Qtd	Apres	Valor Unitario	Valor Conta	Valor Desconto	Valor Cobrado
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	2	UD	0,56	1,12	0,00	1,12
27910	ARRUELA PIMONITOR DESCARTAVEL C/3	2	UD	12,66	25,32	0,00	25,32
27936	ATADURA CREPOM 10 CM - 1 UD	3	UD	4,36	13,08	0,00	13,08
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	UD	2,48	2,48	0,00	2,48
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 - 1 UD	1	UD	8,59	8,59	0,00	8,59
30660	LUVA DESCARTAVEL N-7,5 - 1 PA	1	PA	5,85	5,85	0,00	5,85
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	SERI	0,89	0,89	0,00	0,89
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	SERI	0,89	0,89	0,00	0,89
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 M	1	SERI	1,37	1,37	0,00	1,37
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 M	2	SERI	3,63	7,26	0,00	7,26
31739	ALCOOL FRAS 1 UD	100	FRAS	0,05	5,00	0,00	5,00
31992	FIO MONONYLON 4-0 - 1 UD	1	UD	31,23	31,23	0,00	31,23
32360	POVIDINE TOPICO - 1 ML	100	ML	0,11	11,00	0,00	11,00
32379	POVIDINE DEGERMANTE - 1 ML	100	ML	0,11	11,00	0,00	11,00
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	UD	0,56	1,12	0,00	1,12
50822	MASCARA DESCARTAVEL PCT 1 UD	3	PCT	0,66	1,98	0,00	1,98
50849	PROPEZ DESCARTAVEL - 1 UD	3	UD	1,58	4,74	0,00	4,74
50857	GORRO DESCARTAVEL - 1 UD	3	UD	1,04	3,12	0,00	3,12
50997	ESPARADRAPO TUBO 1 UD	50	TUBO	0,03	1,50	0,00	1,50
51063	ALGODAO HIDROFILO PCT 1 GR	50	PCT	0,04	2,00	0,00	2,00
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	1	MT	0,06	0,06	0,00	0,06
118979	LAMINA DE BISTURI N.24 - 1 UD	1	UD	0,76	0,76	0,00	0,76
120191	ALGODAO ORTOP.(ATADURA 15CM) RC	1	ROLO	14,00	14,00	0,00	14,00
133505	GAZE 10X10 PRONTA PCT 1 UD	3	PCT	2,00	6,00	0,00	6,00
139206	LUVA PROCEDIMENTO P CX 1 PA	5	CX	0,65	3,25	0,00	3,25
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1	UD	1,84	1,84	0,00	1,84

Total Material.: 245,91

Total Ligacoes Telefonicas.....	0,00
Total Restaurante/Frigobar.....	0,00
Total por servicos de Restaurante/Frigobar (10%).....	0,00
Total Honorarios Medicos.....	0,00
Total Materiais Usados.....	297,60
Total Medicamentos Usados.....	168,08
Total Taxas Usadas.....	341,91
Total Exames Realizados.....	0,00
Total da Conta	807,59



HOSPITAL GERAL DA PARAIBA
DESCRÍÇÃO CIRURGICA

PACIENTE: JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE

DATA: 20/12/2015

CIRURGIÃO: JOSÉ GUTEMBERG CRUZ DE LIMA	ANESTESISTA: GLAUCO
1 AUXILIAR: ROMULO SOARES	2 AUXILIAR:
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FRATURA DA EPIFISE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO COMINUIDA	DIAGNOSTICO POS OPERATORIO IDEM
CIRURGIA PROPOSTA: RESDUÇÃO CIRURGICA COM FIXAÇÃO COM QUATRO FIOS DE KIRSCHNER	CIRURGIA REALIZADA: IDEM
INSTRUMENTADOR	AUX CIRC:

DESCRÍÇÃO DE CIRURGIA

1. PACIENTE PACIENTE EM MESA CIRURGICA COM ANESTESIA DE FEIXE
VAASCULO NERVOSO E SEDAÇÃO
2. ASSEPSIA E COLOCAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS AO
NIVEL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
3. REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO E FIXAÇÃO COM 04
FIOS DE KIRSCHNER
4. CURATIVO E ENFAIXAMENTO E GESSO AXILO PALMAR

J. Gutemberg C. de Lima

J. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738



CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE JOÃO PESSOA LTDA
 MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

OK

Nome: José Gilson J. da Silveira

Registro: 33433552

CONVÉNIO:

Limpas

Tipo de Cirurgia: Fract. Pélvico

CIRURGIÃO: Dr. Gutemberg

1º Auxiliar:

Anestesista: DJ. Glauco

Tipo de Anestesia:

Instrumentador(a)

Inicio:

Término:

Duração:

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais(Fios)	Cód.	Q.
Adrenalin (amp)	32727		Nilperidol (amp)	148772		Compressa cirúrgica	20182	15	Fio de Algodão Agulhado 2.0	11X307	
Água Destilada (amp) 10ML	34290	1	Octocina 5UI (Orafasa)	121737		Compressa de gaze	133505	3	Fio de Algodão Agulhado 3.0	11X318	
Água Destilada 1000ml	34282		Pancuronio 2mg	42315		Enxoval de 25x25	01200		Fio de Algodão Agulhado 4-0	11X406	
Atropina (amp)	35181		Pissil (amp)	49581	1	Brinco de Penrose n° 2	200015	5	Fio de Algodão S. Agulhado 1.0	25017	
Azul de Metíleno	31763		Profenid	50669		Elevador Descartável	22010	5	Fio de Algodão S. Agulhado 2.0	25017	
Busecopan Composto (amp)	36094		Propofol (amp)	18542		Esquipa Maciçarana	27081	1	Fio de Algodão S. Agulhado 4-0	25025	
Busecopan simples (amp)	36181		Prostigmine (amp)	43060		Esquipa Micrograna	15013		Fio Catgut 1.0 evitado 2.0	24002	
Benztsicil 1200 UH	50482		Quelicin	43150		Espadrinho	50057	2x2	Fio Catgut 1.0 evitado 3.0	24001	
Bupivacaína Isobárica (Neoc)	48186		Ramitigina/Antak 25 mg (amp)	39144		Fita de Sutura de 10cm	25524	1	Fio Catgut 1.0 evitado 4.0	24021	
Bupivacaína Pesada (Neoc)	48194		Sevorics/Sevoflurano 250ml	77593		Fita de Sutura de 15cm	25761		Fio Catgut Cromato 3.0	24018	
Cefalotina 1G (Keflim)	42099		Soro Ringer lactato 500 ml	43290		Fita p/ Glicosema	134124		Fio Catgut Simples 2.0	55144	
Cefazolina 1G (Kefazol)	42013	1	Soro Ringer 500ml	118240		Gorro Descartável	50852	3	Fio Catgut Simples 3.0	55160	
Ceftriaxona 1G (Rocefil)	43400		Soro fisiológico 1000 ml	43788		Lamina de Biostar N° 11	76972		Fio Catgut Simples 4.0	55168	
Complexo B (amp)	38490		Soro fisiológico 500 ml	43800		Lamina de Biostar N° 15	56054		Fio Catgut Simples 5.0	55176	
Decadron (amp) 4MG	36811		Soro fisiológico 250ml	43790		Lamina de Biostar N° 23	140629	1	Fio Ethibond 1.0	55182	
Diazepam (amp)	38075		Soro glicosado 250 ml	48860		Lamina de Biostar N° 24	118979		Fio Ethibond 2.0	85058	
Dimorf (amp)	118477		Soro glicosado 500 ml	48844		Lanceta p/ Glicosema	54040		Fio Ethibond 3.0	83073	
Dipirona (amp)	38008	1	Tilitil/Tenoxicam 40mg (amp)	119785		Latre	104112	1	Fio Nitroxine	11870	
Dolantina (amp)	39983		Tilitil/Tenoxicam 20mg (amp)	44415		Lixa de Procedimento	110200	9	Fio Monofilônio N° 0	31046	
Dormonid 5mg (amp)	40045	1	Tramal (amp) 100mg	30586		Lixa Estéril N° 2.0	50631		Fio Monofilônio N° 2	31058	
Dormonid 15mg (amp)	40037		Tramal (amp) 50mg	30765		Lixa Estéril N° 3.5	50661	2	Fio Monofilônio N° 3	31082	
Dramum B6 (amp) 1M 2ml	40088		Ulívica 2mg	118970		Lixa Estéril N° 5.0	30678		Fio Monofilônio N° 4	31092	
Dramum B6 DL 10ml	126122		Vitamina C	45110		Lixa Estéril N° 8.5	15008		Fio Monofilônio N° 5	31094	
Eléptrina	119185		Vitamina K	50044		Malha Tubular 10cm	30724		Fio Monofilônio N° 7	45047	
Elfortil (amp)	40142		Vitamina K	50044		Mascara Descartável	50022	3	Fio Monofilônio N° 8	63047	
Fenergan 50 mg (amp)	49263					Micropore	51014		Fio Monofilônio N° 10	87040	
Fenergan 25 mg (amp)	49190		Materiais	Cód.	Q.	Pinça Descartável	54849	2	Fio Monofilônio N° 12	91041	
Fentanil (amp) 2ML	139923		Abocath Jeico N 24	30228		PVPI Detergente	32379	22	Fio Profissional	12005	
Fentanil (amp) 5ML	145419	1	Abocath Jeico N 22	30210		PVPI Tensão	32400	100	Fio Profissional 2.0	12006	
Furosemida 20 mg/ 2ml	36722		Abocath Jeico N 20	30201		Seringa Descartável 3ml	30848	1	Fio Profissional 3.0	14009	
Furosemida 40 mg/ 2ml	36730		Abocath Jeico N 18	30198		Seringa Descartável 5ml	30850	1	Fio Vicryl N° 0	32220	
Gentamicina (amp) 80mg/2ml	37400		Abocath Jeico N 16	30180		Seringa Descartável 10ml	30864	1	Fio Vicryl N° 1	34004	
Gentamicina (amp) 40mg/ml	75094		Aguilha de Raque N° 25	118455		Seringa Descartável 15ml	30872	1	Fio Vicryl N° 2.0	32219	
Glicose 50% (amp)	48591		Aguilha de Raque N° 26	118456		Sonda de Aspiração N° 00	160137		Fio Vicryl N° 3.0	42247	
Glicose 25% (amp)	48585		Aguilha de Raque N° 27	153339		Sonda de Aspiração N° 00	160145		Fio Vicryl N° 4.0	52235	
Hidrocortisona 100 mg (amp)	36790		Aguilha 13x4,5	27847	1	Sonda de Aspiração N° 10	160453		Fio Vicryl N° 5.0	62260	
Hidrocortisona 500 mg (amp)	36412		Aguilha 40x12	32450	1	Sonda de Aspiração N° 18	160455		Fio Vicryl N° 6.0	72271	
Hixizite	135144		Alcool 70%	31339	2	Sonda de Aspiração N° 12	160457		Fio Vicryl N° 7.0	82281	
Insulina Regular	41662		Alcool Iodado	31347		Sonda de Aspiração N° 17	160461				
Insulina NPH (frasco)	41530		Algodão	51083	X	Sonda de Aspiração N° 18	160465				
Levobupiv. 0,5% C/V(Novaf)	134164		Algodão ortopédico 14	120191	1						
Levobupiv. 0,5% S/V(Novaf)	134165	1	Algodão ortopédico 20	119250							
Lidocaina 2% C/Viso 20ml	45213		Atadura Crepon de 10cm	27916	1						
Lidocaina 2% Geleia	45217		Atadura Crepon de 15cm	27944							
Lidocaina 2% S/Viso 20ml	45250		Atadura gessada 10 cm	30074							
Lidocaina 2% SPRAY	45268		Atadura gessada 15 cm	30082							
Midazolam 15mg/ml	40037		Atadura gessada 20 cm	30090							
Midazolam 5mg/ml	40053		Capa VDL	27103							
Macapacol Comp	103950		Cárcer p/ oxigênio	30163	1						
Nausestron (amp) 4mg	120848		Clamp Urolíbical	150192							
Nimbutal 10mg	118895		Clip p/ Colangiectomia	27030							
Nimbutal 20mg	127562		Coletor de urina fechado	50768							

COMPRE SEGURO E PREVIDÊNCIAS
 15 JUL 2018
 AG. JON PROTOCOLO
 OK

Data: 20/12/16

ENFERMEIRO(A)
 Assinatura e Carimbo

CIRCULANTE
 Assinatura e Carimbo

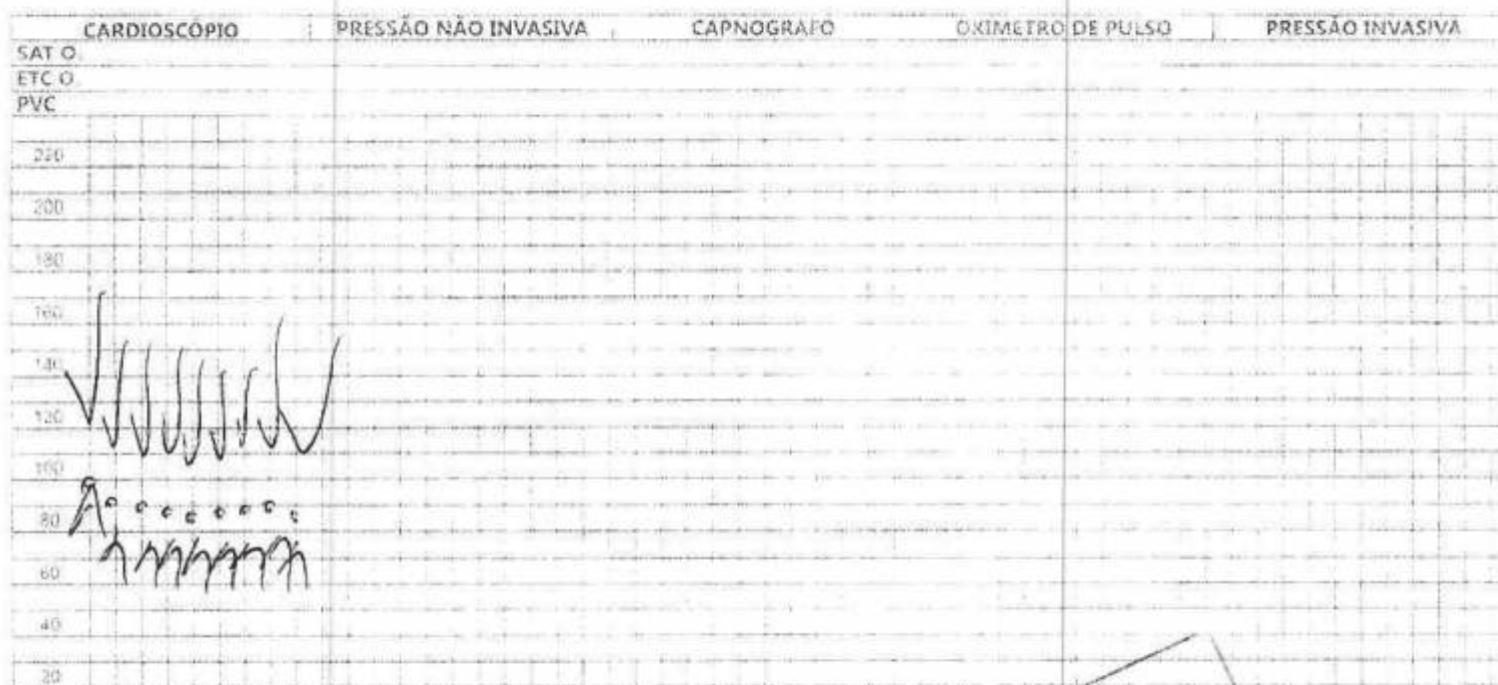
FICHA DE ANESTESIA

HOSPITAL
PROFESSOR HENRY

Nome:	Josévaltem J da Silveira	Data:	20/12/15
Idade:	29	Peso:	
Prontuário:		Convenio:	
Diagnóstico:	Fratura de punho		
Cirurgia:	Ito emigre futur	Anestesiologista:	
Cirurgião:	Dr. Guterberg	ASA:	I

A	HORA
G	O.
E	N.D.
N	W.
T	
E	
S	

LIQUIDOS



Dormonal
Fentanil
Cisalina 2g
Dobutamina
Flutabeta
Sorbitol
ABD 02

DROGAS

1	9
2	10
3	11
4	12
5	13
6	14
7	15
8	16
9	17
10	18
11	19
12	20
13	21

LIQUIDOS

VOLUME

PERDAS

VOLUME

BALANÇO

ENZERGAL

O2

Raspi

Sonda

500

Condicao final op:

Intercorrências per. op:



Respiração	Esponj.	Assist.	Mecan.
Fluxo medido	Sem	Com.	
Local da Puncão			
Técnica:			
Final:			

Ass. Anestesiologista CRM: Dr. Glauco P. Leite
Médico Anestesiologista CRM 6.500



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Nº Prescrição: 0008301216

Atendimento: 33433552

Prontuário: 13638277

Data: 20/12/2015

Paciente: JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE

Convenio: UNIPAR JOAO PESSOA

Posto: POSTO

Peso: 75.00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.Hidratação Venosa	4 Fases	VIG: 10.7	Vol. Total: 2000 ml	111.00 gts/minAcesso Periférico	13:00	; 19:00
SORO GLICOSADO 5%	76.92	ml/Kcal/dia	2000ml	***** gts/minAcesso Periférico	(14:00)	
2.Hidratação Venosa	Fase Única		Vol. Total: 2000 ml			
SORO GLICOSADO 5%	4min		2000ml			
3.KEFLIN (1.0g) (D1/2)		1g		1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV
	Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
4.DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2 ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV
	Agua Destilada		18 ml			
5.TILATIL (20.0mg)		20mg	1 FRAP (C/20MG)	12/12h	EV	
6.DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2 ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV
	Agua Destilada		18 ml			
Suspenso às 13:26 hs de 20/12/15						
7.TRAMAL (50.0mg/ml)		100 mg	2 ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV
	Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
Suspenso às 13:26 hs de 20/12/15						
8.TRAMAL (50.0mg/ml)		100 mg	2 ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV
	Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

RP1531

ROBERTA GRAZIELLA PEREIRA DA COI 20/12/2015 19:57

192.85.4.101

Prescrição: 0008301216 Atendimento: 33433552 Prontuário: 13638277 Data: 20/12/15
 Paciente: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE Convenio: UNIPAR JOAO PESSOA Posto: POS
 Peso: 75.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hidratação /enosa	4 Fases	VIG: 10.7	Vol. Total: 2000 ml	111.00 gts/min	Acesso Periférico	13:00	; 19:00
ORO GLICOSADO 5%	76.92	ml/Kcal/dia	2000ml				
Hidratação /enosa	Fase Única		Vol. Total: 2000 ml	*****	gts/min	Acesso Periférico	14:00
	4min						14:00
ORO GLICOSADO 5%	26.67		2000ml				
TILATIL (20.0mg)		20mg	1 FRAP (C/20MG)	12/12h	EV		
DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV		
Aqua Destilada			18 ml			18:00	; 21/12
DIPIRONA (500.0mg/ml)		1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	SN	
Aqua Destilada			18 ml				
Suspenso às 13:26 hs de							
20/12/15							
TRAMAL (50.0mg/ml)		100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	SN	
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml				
Suspenso às 13:26 hs de							
20/12/15							
TRAMAL (50.0mg/ml)		100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV		
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml			14:00	; 22:00

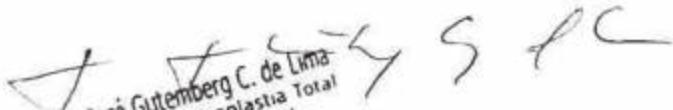
Ado para o SND

EROFIX

Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº Prescrição: 8301216	Atendimento: 33433552	Prontuário: 13638277	Data: 2
Paciente: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE		Convenio: UNIPAR JOAO PESSOA	Posto: 1
			Peso:
1 Hidratação Venosa 4 Fases SORO GLICOSADO 5% VIG: 10.7 76.92 ml/Kcal/dia	Vol. Total: 2000 ml 2000 ml	111.00 gts/min	A
2 Hidratação Venosa Fase Única SORO GLICOSADO 5% 26.67	Vol. Total: 2000 ml 2000 ml	***** gts/min	
3 KEFLIN (1.0g) (D1/2) Soro Fisiológico 0,9%	1 g 100 ml	1 FRAP(C/1GR) 6/6h	EV
4 DIPIRONA (500.0mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/500MG/6h	EV
5 TILATIL (20.0mg)	20 mg	1 FRAP(C/20MG) 12/12h	EV
6.DIPIRONA (500.0mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/500MG/6h	EV SN
7 TRAMAL (50.0mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	2 ML (AMPL C/100MG/8h	EV SN
8 TRAMAL (50.0mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	2 ML (AMPL C/100MG/8h	EV


 Dr. José Gutemberg C. de Lima
 Especialista Artroplastia Total
 de Joelho e Quadril
 CRM - 1738



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Arthroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

(2)

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Drª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
do Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (03) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax:(03) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cls.ortoclinica@uol.com.br

varios profissionais
(cooperacion).
em 19/12/2015
e o final em
20/12/2015. Aten-
do com seção
junto d. fer-
raria d. fer-
ração d. flexão e
extensão e
pequenos e
grandes or-
tossos.
em 50% e 50%
de processos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E BENEFÍCIOS
11-2011-2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

(1)

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutenberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasrala
CRM 10582

Dr^a. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr^a. Carolina Queiroz
CREFITO 81873-F

Dr^a. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutenberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax:(83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

✓ ✓ CIS/C





ORTOCLÍNICA

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

(3)

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Haffori Nasrala
CRM 10582

Dr^a. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr^a. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr^a. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 195 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3224-7452/3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicadb.com.br - Email: cis.ortoclinica@bol.com.br

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIAS CIS

15 VIII. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
O PARCEIRO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSENILTON JOSÉ DA SILVA FREIRE

DOC. IDENTIDADE / ONG. EMISSOR UF:
3303147 SSP PB

CPF: 072.441.594-71 DATA NASCIMENTO: 22/04/1986

PAI: JOSE IVAN FREIRE
MÃE: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC GAIANA: AZ

VALIDADE: 11/04/2022 1ª HABILITAÇÃO: 18/05/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1474547892

NP REGISTRO: 03863441401

OPERAÇÕES:
CETPP;
CRE;
CETCP;
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 17/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
16856064161
PB034450874

PROIBIDO PLASTIFICAR
1474547892 PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

L A C R E 0 0 4 0 6 5 8 1 8 0	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO VIA 1 0100269485-1 00/00000000 EX 2016	Nº 012507727723
JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE		NAME
07244159471NPJ		QFD3926/PB
NOVO / ANT/UF PB 9C2KD0540BN099799		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC		ADOO/GASOL
HONDA/NXR150 MBRGS ESD		2014 2014 MOD.
CP/POL/149 /CI RABINCA		PRETA
IPVA C PAGO EM 08/07/2016		VENC / COTAS
I P V A	** IPVA ** 0 PARCELAMENTO / COTAS	1 ^a 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TAMPÃO (R\$) SEGURO PREMIO TOTAL R\$ 0 08/07/2016		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
ALHAND 369		DATA 08/07/2016 16080
TOMAS GOMES FILHO		

SEGURO OBRIGATÓRIO
AUTOMOTORES DE
TRANSITO

PB Nº 01250

JOSENILTO

ESTE É O
PARA MAR
AS CON
07244159
www.dj

JOSENILTO

VIA
RENAVAM

07244159
ANO FABRICANTE

0101289

2014 FMS (RS) 9

CUSTO DO BILHETE (RS)

COTA ÚNICA

SECO

16080



PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 011119944613

DETAN - PB
81438475118

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRB 2014000444251-0

1 0101289685-1 00/00000000

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
R JOAO FRANCISCO DA SILVA 135
NOVA ALHANDRA
58320000 ALHANDRA-PB

07246159471 0803926/PB

ELINALDO ERITO DA SILVA

NOVO PB 9G2KD0540ER059799

PLAQUE ANTIGO	COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC	ALCO/GASOL	
MARCA/PODE	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 Bros ESD	2014	2014
CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PRINCIPAL
Z P/149 /CI	PARTIC	PRETA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : KD05E4E059799 0

ALHANDRA-PB LOCAL 09/10/2014

36994 18460

CONTAM



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543270 **Cidade:** Alhandra
Vítima: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE **Data do acidente:** 19/12/2015 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do radio distal E

Descrição do exame ACIDENTE EM 19-12-2015.

médico pericial: AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ DORSAL E LATERAL EM PUNHO ESQUERDO .
LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DE 75% , COM FORÇA GRAU 4 EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM CIRURGIA EM 20 -12-2015 E ALTA NO DIA SEGUINTE
FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Morais Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180543270**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAQUIM FRANCISCO PONTES, SN - NOVA ALHANDRA - Alhandra - PB - CEP 58320-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3303147**

Data e local do acidente: [**19/12/2015**] **ALHANDRA-PB**

Data e local do exame: [**04/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx do radio distal E

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*ACIDENTE EM 19-12-2015 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ DORSAL E LATERAL EM PUNHO ESQUERDO .
LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DE 75% +FORÇA GRAU 4 E PUNHO E*

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA EM 20 -12-2015 E ALTA NO DIA SEGUINTE FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

José Antônio José da Silva Guerreiro
brasileiro(a), estado: civil profissão
Motorista, CI RG nº 33.03144-53P/PP
CPF/MF nº 042.441.596-41, residente e domiciliado(a) à Rua
João Francisco da Silva, 133 - Nossa Senhora
Cidade de Campina Grande, Estado
Paraíba CEP: 58320-000, telefone

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, Brasileira, casada, advogada,
CPF sob o n.º 046502754-74 e RG sob o n.º 2627718 SSP/PB, com endereço
cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da
Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto à
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Albanoia PB, 04 de Março de 2016.

José Antônio José da Silva Guerreiro

OUTORGANTE

TARUANA SEGUROS

22 JUN 2016

DOCUMENTO 4 "T49"



Reconheço que este ato é verdadeiro, assim fiz testemunha:
JOSEPHINI JOSE DA SILVA FREIRE
Este testemunho é verdadeiro.
Víctor Hugo Ferreira Braga é Substituto
2016-06-22 TARUANA SEGUROS
SEL Dígito: AC31211-0002
Confira a autenticidade em <http://sejusp.pb.gov.br/tar01.jsp>

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Milton José da Silveira Freire,
brasileiro(a), estado civil vôlteiro, profissão
motorista, CI RG nº 3303.147,
CPF/MF nº 072.441.594-75, residente e domiciliado(a) à Rua
joaquin Francisco Pontes, 518-Nova Albenqueria
Cidade de Albenqueria, Estado
Paráíba, CEP: 58320-000, telefone
(83) 3512-8500, 99342-1140.

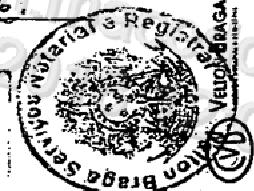
OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

APPENDIX , 09 de outubro de 2014.

OUTORGANTE

06 OUT 2017



recolheu como autêntica e verdadeira, al-s) Flássis, de.....
JOSEPHON JOSÉ DA SILVA FREIRE, residente na Rua
Santos Dumont, nº 100, Centro, Salvador, BA, CPF: 000.000.000-00
RG: 000.000.000-00, e-mail: flaxx@bol.com.br
é testemunha da verdade. Abandona-PR 08/10/2017 11:00:40
Varior Hugo Ferreira Braga - Substituto
[2017-00281160018-003-paraque-te-recebeu-1] TCE-BA
SELO DIGITAL: AFM88770-ABUS
Confira a autenticidade em <https://seledigital.tce.ba.gov.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418598/18

Vítima: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

CPF: 072.441.594-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2015

Titular do CPF: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE : 072.441.594-71

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 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: 19/11/2018
Nome: JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE
CPF: 072.441.594-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSENILTON JOSE DA SILVA FREIRE

RENATO LUNA DIAS