

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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138876

Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138876

Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BARBOSA DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200138876 **Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 23/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BARBOSA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 000008571-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASI:

0108449-20

3 - CPF da vítima:

056.205.674-27

4 - Nome completo da vítima

José Barbosa dos Santos

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

5 - Nome completo:

José Barbosa dos Santos

6 - CPF:

056.205.674-27

7 - Profissão:

produtor

8 - Endereço:

Ava Seteunha Barroso e Silva

12 - Cidade:

Comprina (PB)

13 - Estado:

PB

9 - Número:

5111

10 - Complemento:

QKL 22

11 - Bairro:

Triz Invas

14 - CP:

58444-000

15 - Email:

16 - Tel. (DDD):

83 986434993

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:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 8571

AGÊNCIA: [] CONTA: []

(informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora Líder a creditar na conta bancária a informação de minha titularidade, ou o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a título de direito, recorrendo e dando, desde já e juntamente aos efeitos da declaração do crédito, quaisquer totais de 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, ou invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Portanto, no seu ato, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões causadas pelo acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura indicação médica ou remuneração de réu de contestá-la, caso distorcedo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos Falecidos

30 - Vítima deixou nascituro/viúvaco?

Sim
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim
 Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Comprina - PB 03/04/2020

*José Barbosa dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 19071181B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443886739BE8DE873.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19071181B01

INFORMAÇÕES GERAIS

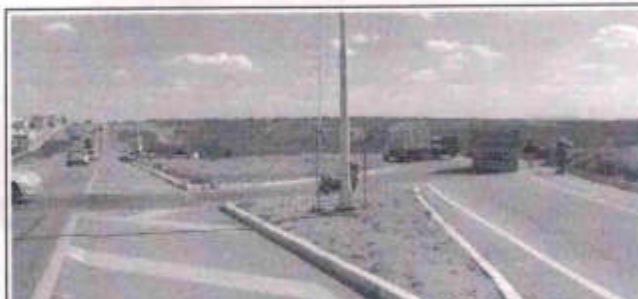
Data: 23/12/2019 Hora: 12:45 Município: CAMPINA GRANDE/PB
BR: 230 KM: 160,6 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DANTAS FILHO, 1339668

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Rotatória
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 23/12/2019, por volta das 12h45, no km 160,6 da BR-230, Zona urbana do município de Campina Grande-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com vitimas (2 vitimas com lesões graves). Os veículos envolvidos foram: o caminhão FORD/F4000 de cor PRATA (V1); e a motocicleta HONDA/CG 125 TODAY, de cor VERMELHA (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 estava realizando um cruzamento da rodovia e não percebeu a presença de V2 que transitava sobre a mesma. A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido Soledade-PB para Campina Grande (decrescente), conforme constatação dos fragmentos de frenagem de V2 e posição de parada de ambos os veículos. Com o impacto, V2 tombou, derrubando o condutor e passageiro da motocicleta, que tiveram lesões graves (arranhões e fraturas), em função da colisão com V1 e posterior queda sobre a via. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o desrespeito da sinalização de "PREFERÊNCIA", para os veículos que transitavam sobre a rodovia, por parte de V1. Observações: O local do acidente estava parcialmente preservado. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos e de Preferência para os veículos que transitavam sobre a via. O condutor e a passageiro de V2 foram socorridos pelo SAMU para o Hospital de Traumas de Campina Grande-PB. O veículo V1 apresentava defeito no funcionamento do Tacógrafo e em razão disso, foram adotados os procedimentos administrativos cabíveis, com a confecção do Auto de Infração T203833422 e Retenção para regularização por meio do RRD 1402012312191452. O veículo V2 não tinha o 1º Emplacamento e o seu condutor,



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 901BCA7011231443B896739BE8DE673.

191



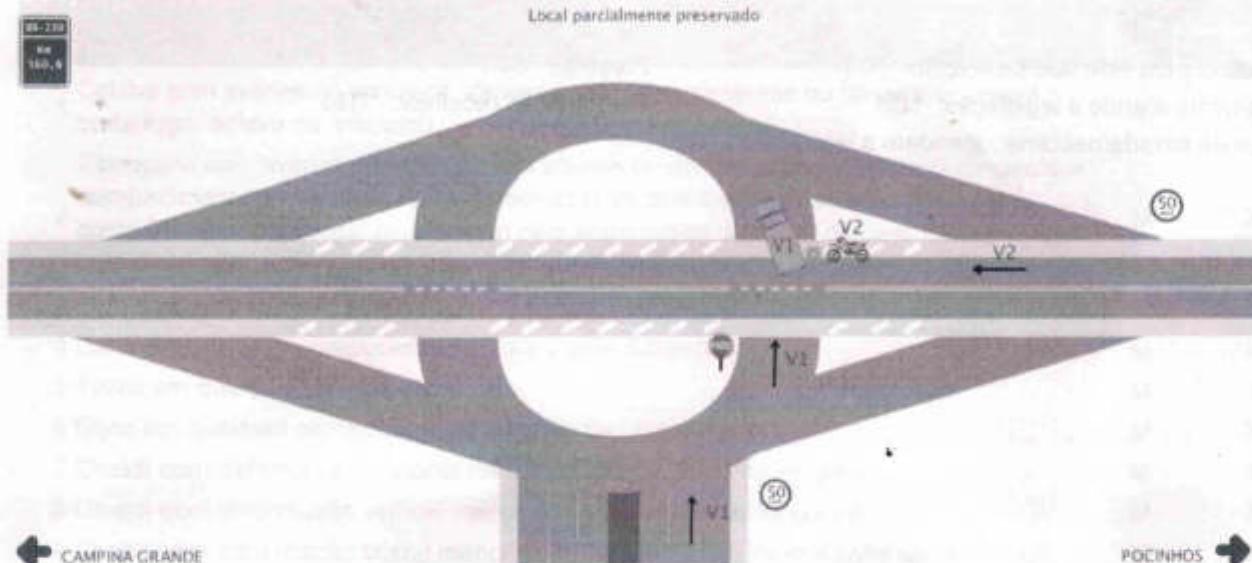
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19071181B01

Sr. RODRIGO BARBOSA MONTEIRO, não possuia CNH, motivo pelo qual o veículo foi removido ao pátio conveniado da PRF, conforme DRV 14021912231455-472O condutor de V1 realizou teste de etilômetro, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. O condutor de V2, não realizou o teste de alcoolemia, por ter sido socorrido ao Hospital de Traumas de Campina Grande-PB, antes da chegada da equipe da PRF. No Hospital, o mesmo encontrava-se desacordado na diligência realizada pela PRF.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - QLB0997 - CAMINHÃO

V1 - Informações



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1330668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília; com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443886739BE80E673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 19071181B01

Placa: QLB0997 Marca/modelo: FORD/F 4000 P Renavam: 01063296436
Ano fabricação: 2015 Chassi: 9BFLF47P5FB003811 Tipo de veículo: Caminhão
Espécie: Carga Categoria: Aluguel Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista
Informações complementares: NÃO PERCEBEU A APROXIMAÇÃO DA MOTOCICLETA QUE TRANSITAVA SOBRE A VIA.

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Não

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 901BCA7011231443886739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19071181B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FORD/F 4000 P Placa: QLB0997 N° BOAT: 19071181B01
Nome do Agente: DANTAS FILHO Matrícula do Agente: 1339668 Data: 23/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X		
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X		
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		
16	Air bags (se existir)	M	X		

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA701231443886739BEBOE573.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19071181B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA70112314438867398E80E673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19071181B01

V1 - Proprietário

Nome: JULIO CEZAR MARCELINO DE SOUTO
Email:
Endereço: SOLEDADE-PB

CPF/CNPJ: 020.728.464-47
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CLAUDIONOR JOSE BORGES COSTA

V1C - Informações

Nome: CLAUDIONOR JOSE BORGES COSTA
CPF: 237.738.984-87
Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 22/03/1955
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Informações complementares: VEÍCULO COM O TACÓGRAFO SEM A MARCAÇÃO DE NENHUMA DAS AGULHAS.AUTO DE INFRAÇÃO T203833422, RRD 1402012312191452

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: C Primeira habilitação: 23/08/1979 Nº Registro: 01598997601
UF: PB Vencimento da habilitação: 08/01/2020 Motorista profissional: Não
Observações CNH: A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA GOUVEIA NOBREGA, 194, CENTRO, SOLEDADE-PB
Telefone: +55 83-996639039 Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO SE APLICA - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: Marca/modelo: HONDA/CG 125 TODAY Renavam:
Ano fabricação: Chassi: 9C2JC1801MR216597 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Categoria: Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V2 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável
Tipo de Receptor: Depósito credenciado
Informações complementares: VEÍCULO SEM RESPONSÁVEIS NO LOCAL.VEÍCULO SEM 1º



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339688, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 901BCA7011231443BB8739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 19071181B01

EMPLACAMENTO.

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nova/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443B86739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 19071181B01

V2 - Proprietário

Nome: SEM DADOS DOS PROPRIETÁRIOS CPF/CNPJ:
Email: Telefone:
Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2 - RODRIGO BARBOSA MONTEIRO

V2C - Informações

Nome: RODRIGO BARBOSA MONTEIRO Data de Nascimento: 19/02/1994
CPF: 700.141.544-80 Estado civil: Casado(a)
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: BONIFACIO GOMES DE ARAUJO, 144, RUA, RAMADINHA II, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: +55 83 987872493 Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares: CONDUTOR REMOVIDO AO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE /PB, ANTES DA CHEGADA DESTA EQUIPE DA PRF.

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - JOSE BARBOSA DOS SANTOS

V2P1 - Informações

Nome: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/05/1986
CPF: 056.205.674-27 Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Graves Usava capacete: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339688, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 5D1BCA7011231443BB8739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19071181B01

Endereço: BRASIL, 192, SAO DOMINGOS, BREJO DA MADRE DE DEUS-PE
Telefone: + 55 83 99863 5397 Email:

V2P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: CONDUTOR REMOVIDO AO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE /PB, ANTES DA CHEGADA DESTA EQUIPE DA PRF.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1339668, Policial Rodoviário Federal, em 23 /12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 8D1BCA7011231443BB6739BEDE673.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASI:

0108449-20

3 - CPF da vítima:

056.205.674-27

4 - Nome completo da vítima

José Barbosa dos Santos

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

5 - Nome completo:

José Barbosa dos Santos

6 - CPF:

056.205.674-27

7 - Profissão:

produtor

8 - Endereço:

Ava Seteunha Barroso e Silva

11 - Bairro:

Três Irmãos

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58444-000

15 - Email:

16 - Tel. (DDD):

83 986434993

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:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 8571

AGÊNCIA: [] CONTA: []

(informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora Líder a creditar na conta bancária a informação de minha titularidade, ou o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a título de direito, recorrendo e dando, desde já e juntamente aos efeitos da declaração do crédito, quaisquer totais de 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, ou invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Portanto, no seu trânsito, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões causadas pelo acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura indicação médica ou remuneração de rétiro de contestá-la, caso distorcedo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

Se tinha filhos, informar

Vivos Falecidos

29 - Vítima deixou pais:

Sim

Não

30 - Vítima deixou

nascituro/viúvaco?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Vítima deixou irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Comprida Grande - PB 03/04/2020

*José Barbosa dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 00000008571-7

Nr. da Autenticação 1737EB4D42B4C900

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 006.116.992

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

ANA PAULA DA SILVA BARBOZA
RUA SEVERINA BARROS E SILVA S/N Q K L 20
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/230255-2

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

20/03/2020

CONSUMO

69

VENCIMENTO

27/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 20,29

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/03/2020

Pagador: ANA PAULA DA SILVA BARBOZA CNPJ/CPF: 049.402.054-79

RUA SEVERINA BARROS E SILVA S/N Q K L 20 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001525945	000230255202003	27/03/2020	R\$ 20,29	

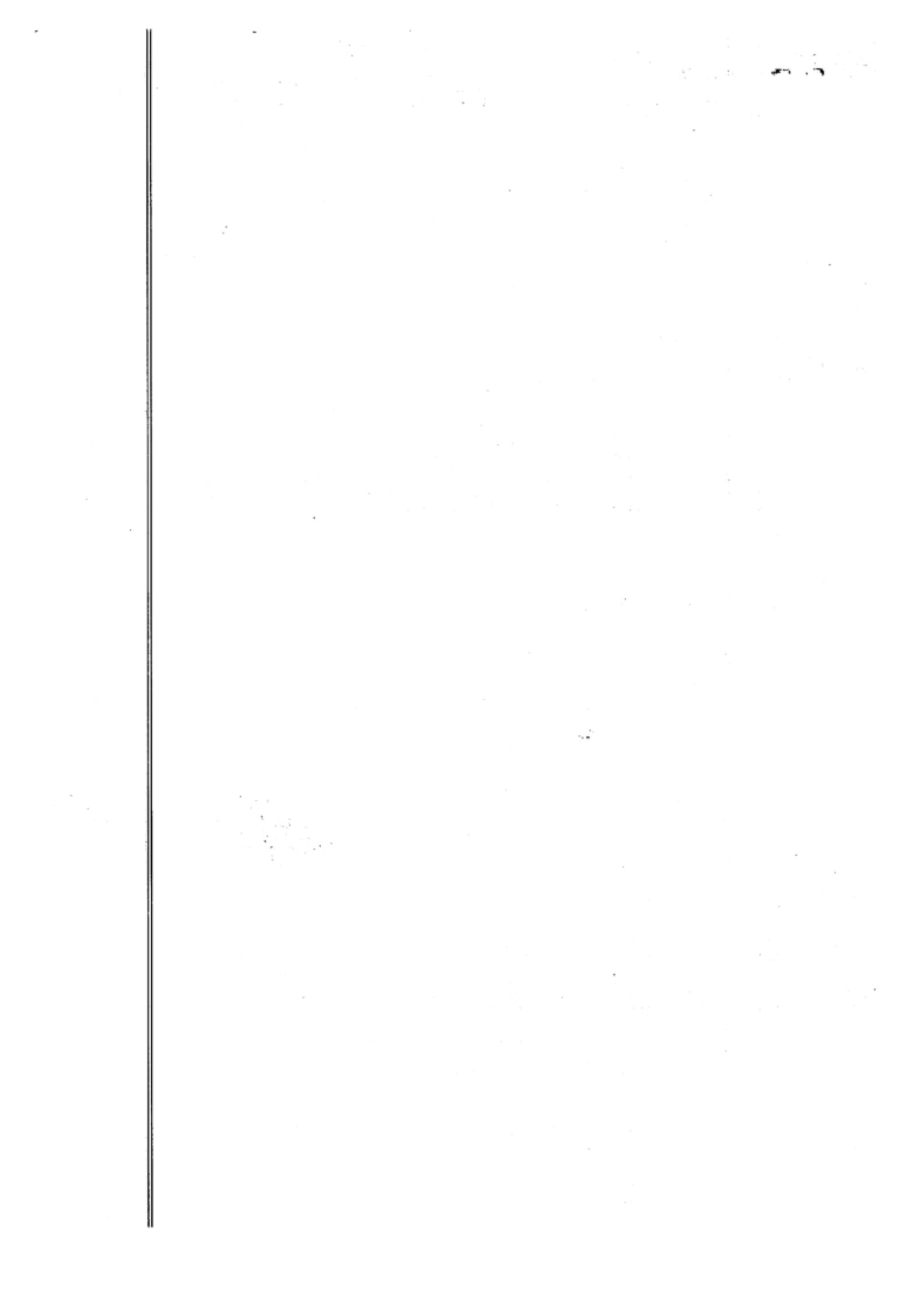
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

Data da Internação: 23/12/2019 Hora: 14:58:11

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE JOSE BARBOSA DOS SANTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2068559		
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 20/05/1986		9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987872493
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO) JARDIM VERDEJANTE , 0 , JARDIM VERDEJANTE				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO COM TRAUMA EM COXA ESQUERDA APRESENTANDO DOR + EDEMA + LIMITACAO DO MOVIMENTO DO MIE. RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO NEGA ALERGIAS, DM2 OU HAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO AGUARDO LIBERACAO DA NCR E CIR. GERAL PARA INTERNACAO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO.				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + EF + RX				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX DIAFISE DE FEMUR E		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 700501777865557	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VWRY DE PAIVA CAMARA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/12/2019	32 - ASSINATURA E CARAMBOLHA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>WVRY DE PAIVA CAMARA</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO
				() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS		47 - DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		49 - ASSINATURA E CARAMBOLA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) / /		





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Data da Internação: 23/12/2019 Data da Alta: 04/01/2020

Registro: 2068559

Tempo de Permanência:-18254

Diagnóstico Inicial:FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnóstico Final:FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Principais Exames:EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 02/01/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ADMITIDO COM FRATURA DE COLO DE FEMUR + DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO.

Orientações:- PRESCREVO AINE + ANALGESICO + CIPRO + XARELTO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta:: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
 M.R. Ortopedista - Traumatologista
 CRM-PB 7825

Data: 04/01/2020

Assinatura/Carimbo
 Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 11

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E + COLO E

DIA 03/01/2020**MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	fa fa fa
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	18 18 18 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 1D/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	18 18 06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V, IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	SP
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SN
10	FISIOTERAPIA MOTORA	c
11	DECUBITO MUDANCA 2/2H	c
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	c
13	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	c
14	CURATIVOS	c

EVOLUÇÃO

DATA:03/01/2020 HORA:10:47:07

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BEG.
 NEGA QUEIXA DE DOR.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DIURESE +, EVACUAÇÕES +.

PRE-OP: OK

PACIENTE EM 1 DPO SEM INTERCORRENCIAS

CONDUTA: HEMOGRAMA

 ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito de Araújo

 Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
 M.R.C. 00000000000000000000
 CRM - PB 8626



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK
DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 10

8-3

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E + COLO E

DIA 02/01/2020
MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	N1 27/09
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	18 26/09
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 24/09
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 24/09
5	CETOPROFENO 100 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	2 24/09
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	2 24/09
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	2 24/09
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	23/ 24/09
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	DECUBITO MUDANCA 2/2H	cre
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cre
13	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	cre
14	CURATIVOS	cre.

EVOLUÇÃO

DATA: 02/01/2020 HORA: 08:32:09

ORTOPEDIA

 TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS
 A SRPA
 SOL: RXS

 Dr. Eldiman Soares de Araujo
 Médico Traumato-Ortopedista
 CRM: 6960
 CPF: 043.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
 Eldiman Soares De Araujo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 8

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E + COLO E

DIA 31/12/2019**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5 IN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 00
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5 IN
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	meite
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	//

EVOLUÇÃO

DATA: 31/12/2019 HORA: 10:34:27

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BEG.
NEGA QUEIXA DE DOR.

TTE + GOTEIRA.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DIURESE +, EVACUAÇÕES +.

PRE-OP: OK

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO: Egito de Araujo
Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - VAL'ATOLOG
CF: 11 - PB 8925



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/12/2019
Horas: 10:31:10
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2068559 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 20/05/1986 Admissão: 23/12/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX DIAFISE FEMUR E

DIA 28/12/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	Ciente je 28/12/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	X 28/12/2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	X 28/12/2019
4	CETOPROFENO 100 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	X 28/12/2019
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5N
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	X 28/12/2019
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	X 28/12/2019
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5N
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	Ciente Ciente
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/12/2019 HORA: 10:30:59

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BEG.
NEGA QUEIXA DE DOR.

TTE + GOTEIRA.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DIURESE +, EVACUAÇÕES +.

PRE-OP: OK

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Jr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ORTOPEDIA - KAUAXLOG
CRM - PB 8926



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<u>José Barbosa dos Santos</u>	Idade:	<u>33</u>
Convênio:	<u>Ses</u>	Data:	<u>02/01/2009</u>
Procedimento:	<u>Osteosseointe</u>		
Cirurgião:	<u>Dr. Oldemar</u>	Auxiliar:	<u>Dr. Ennerlan</u>
Anestesista:	<u>Dr. Wanderley</u>		
Inicio:	<u>08:35</u>	Término:	<u>10:20</u>
		Anestesia	<u>Ráqui</u>

Observações:
Pode coletar adequadamente, movimentando voluntariamente
mão e pé meus. Sente gatos. ODE da SRPA

Assinatura Anestesista

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

Comunicação de Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - CUOPME

HOSPITAL Mauritius

C. Lyandt

CORTICAL
MATERIAL CIUDADANO

Av. Francisca Moura, 336A - Centro
João Pessoa-PBCEP: 58013-440
Fone: (83) 3034.5400
E-mail: vendas@cortical.com.br
financeiro@cortical.com.br

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE

NAME TO MOVE

REGISTRO

CONTÉNUO

NOME DO MÉDICO

QUANT **DESCRIÇÃO DO MATERIAL**

MEMBRO OPERADO

Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supra citado.

01 de Janeiro de 2020

Kočia habrovka

Responsável pelo fornecimento

Recebido por:
~~Dra. Ana Maria da Rosa~~
Mr. Ortopedia - Traumatologista
CRM-PB 7825



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08871

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

ACIENTE **José Baerrosa dos Santos**

Nº DO PRONTUÁRIO

NO AL 13

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDEMTO REALIZADO
TRAT. CIRUR. DE FORT. DE COLO ESG.

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

卷之三

+ B.º AUS MARIA

Dr. Euler Fabrizio A. Cruz
UR ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRAI-PB 9907

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Anne / Ramon

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

~~Climps~~

PACIENTE: José Barbosa dos Santos N°. 2311212019
QI — LEITE CONVÉNIO IDADE 33 a. REGISTRO 2068559

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
RJ - Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA de colo de ferme + colo de ferme
ANESTESIA

Kqui + usedacão Dr. libnderky

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM
Andréa Karia 02/01/20 07:35 10:30

Andri Kicia 02/01/20 07:35 10:20
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Boas Colostomias Qtd. ELOS

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	
	Atropina amp.		Calef. p/ Óxg.	Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix
01	Dimed. amp.		Compressa Grande 9x9	Catgut cromado Sertix
	Dolantina amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples
01	Efrane ml	01	Cotonóide	Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno n° 4,8	Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Kerr n°	Catgut Simples Sertix
01	Ilevam Clonidina	01	Dreno Penrose n°	Cera p/ osso
	Ketalar ml		Dreno Pezzer n°	Ethibond
	Nebacet 20ml	01	Equipo de Macrogolas	Ethibond
	Nubatin amp.		Equipo de Macrogolas	Ethibond
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	4,5	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix
	Protóxido l/m		Espasadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	Q,5	Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca
	Thionembutal ml		H ₂ O, ml	Mononylon 2,0
	Tracrium amp.		Intracath Adulto	Mononylon
			Intracath Infantil	Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix
	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serfix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix
	Dipirona amp.	04	Luvas 7,0	Vicryl Serfix 1-0
	Flaxidol amp.	08	Luvas 7,5	Vicryl Serfix
	Fletocortid amp.	05	Luvas 8,0	Vicryl Serfix
	Gramicina amp.		Luvas 8,5	
	Glicose amp.	4,0	Oxigênio l/m	
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix	
	Haemaccel ml.	Q,5	PVPi Degemente ml	
	Heparema ml.		PVPi Tópico ml.	
	Kanakinon amp.	Q,5	Sabão Antiséptico	Qtd. SOROS
	Lasix amp.		Saco coletor	SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml	SG Gelado fr 500 ml
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	SG Ring fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	SG fr 500 ml <i>UPLAURGEM</i>
	Stiptanon amp.		Sonda foley	
	Seclinol tg Cefazolina		Sonda Nasogástrica	
			Sonda Uretral n°	
			Sterydrem ml	
			Torneirinha	
			Vaselina ml	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	Geicon 18-20	ORTOSE E PRÓTESE
	Aguilha desc. 25 x 40 x 12	01	Latase	TR - CIRÚRGICAS
	Aguilha desc. 28 x 28			02 PROAT CANNULA 7,0 x 90
	Aguilha desc. 3 x 4,5			03 <i>Widexstac</i>
01	Aguilha p/ raque n° 25	03	40 flet. sôndos	04 Placa DCP 12 f. liga
Q,5	Alcool de Enfermagem	80	80 sores plástico	05 Furepuro central
	Alcool Iodado ml			
02	Ataduras de Crepon	00		
	Ataduras de Gessada			
	Azul metílico amp.			
	<i>Alfa</i> 10 mg			

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Chikara 123-400-2
MOD 06

MOD 04

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDENome do Paciente: JOSE B DAOS SANTOS | Data da Cirurgia **02/01/2020**

CNS | Enfermaria 1 | Leito 4 | Prontuário

Cirurgião: Dr. ELDIMAN | 1º Auxiliar : DR EDUARDO

2º Auxiliar DR EVERLAN | Instrumentador KESSIA

Anestesista: DR F WANDERLEY | Anestesia :

Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E

Tipo de Cirurgia : OSTE OSSINTSESE

Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO

Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: NAO

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

Descrição da Cirurgia

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS
- 05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
- 06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP
- 07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO
- 08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS
- 09- CURATIVOS

Dr. Eldiman Soares de Araújo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 048.079.784-20

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: JOSE B DOS SANTOS

CNS

Enfermaria 1

Leito 1

Prontuário

Cirurgião: Dr. ELDIMAN

1º Auxiliar: DR EVERLAN

2º Auxiliar DRA ANA

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: DR F WANDERLEY

Anestesia: RAQUI

Diagnóstico Pré-operatório: FX COLO FEMORAL E

Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

 DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- :01 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO
- 02 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 03 - APOSIÇÃO DE CANULADOS 6.5/7.0MM (2)
- 04 - LAVAGEM SF09% + HEMOSTASIA
- 05 - SUTURA POR PLANOS
- 06 - CURATIVO
- 07 - À URPA

Dr. Eldiman Soares de Araújo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.784-20



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08871

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

ACIENTE **José Baerrosa dos Santos**

Nº DO PRONTUÁRIO

NO AL 13

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTO REALIZADO
TRAT. CIRUR. DE FERT. DE COLO ESG.

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

卷二

+ B.º AUS MARIA

Dr. Euler Fabrizio A. Cruz
UR ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRAI-PB 9907

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Anne / Ramon

c-limpa

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: José Barbosa dos Santos DN: 23/12/2019
 QI — LEITE Seta 04 CONVÉNIO SUS IDADE 33a REGISTRO 2068559

CIRURGIA: Colostomia + fistula de drenagem + colostomia + fistula de drenagem CIRURGÃO Dr. Oldemar + Dr. Eudan + Dr. Afonso

ANESTESIA: Roqui + sedação ANESTESIA: Dr. Libnderley

INSTRUMENTADORA: Andri Kacia DATA: 02/01/20 INÍCIO: 07:35 FIM: 10:30



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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.			Catgut cromado Sertix	
01	Dimetil amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml	01		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
01	Inova m Clonidina	01		Ethibond	
01	Incaclai na			Ethibond	
	Mecamol ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	4.5		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.			Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS	
	Aqua Destilada amp.	01		Lâmina de Bisturi n° 23	
	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi n° 11	
	Dipirona amp.	04		Lâmina de Bisturi n° 15	
	Flaxidol amp.	08		Luvas 7.0	01
	Flêbocortid amp.	05		Luvas 7.5	
	Geramicina amp.			Luvas 8.0	
	Glicose amp.	+ C		Luvas 8.5	
	Glucon de Cálcio amp.			Oxigênio l/m	
	Haemacel ml.	0.5		Poliflix	
	Heparema ml.			PVPi Degemante ml	
	Kanakion amp.			PVPi Tópico ml.	
	Lasix amp.	0.5		Sabão Antiséptico	
	Medrotinazol.			Saco coletor	
	Piasil amp.	02		Seringa desc. 10 ml	
	Prolamina			Seringa desc. 20 ml	
	Revivan amp.	01		Seringa desc. 05 ml	
	Stuptanon amp.			Sonda	
	Sefazolin 1g	Cefazolina		Sonda Foley	
				Sonda Nasogástrica	
				Sonda Uretral n°	
				Steridrem ml	
				Torneirinha	
				Vaseline ml	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
	Aguilha desc. 25x7-40x12	01		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Aguilha desc. 28 x 28			SG Gelado fr 500 ml	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05		SG Hipertérmico fr 500 ml	
05	Aguilha p/ raque n° 25			SG Ringr fr 500 ml	
	Alcool de Enfermagem			SG Fr 500 ml uplavagem	
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon	00			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				
Qtd.	EQUIPAMENTOS		Qtd.	CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
	() Oxímetro de Pulso			J. M. Ferreira 123-400-2	
	() Serra				
	() Desfibrilador				
	(X) Foco Frontal				
	() Fonte de Luz				
	() Foco Auxiliar				
	() Eletrocautério				
	() Oxicapiôgrafo				
	(Y) Cardiomonitor				
	(X) Perfurador Elétrico				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

J. M. Ferreira 123-400-2 MOD 066

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDENome do Paciente: JOSE B DAOS SANTOS | Data da Cirurgia **02/01/2020**

CNS | Enfermaria 1 | Leito 4 | Prontuário

Cirurgião: Dr. ELDIMAN | 1º Auxiliar : DR EDUARDO

2º Auxiliar DR EVERLAN | Instrumentador KESSIA

Anestesista: DR F WANDERLEY | Anestesia :

Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E

Tipo de Cirurgia : OSTE OSSINTSESE

Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO

Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: NAO

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

Descrição da Cirurgia

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS
- 05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
- 06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP
- 07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO
- 08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS
- 09- CURATIVOS

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 048.079.784-20

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: JOSE B DOS SANTOS

CNS

Enfermaria 1

Leito 1

Prontuário

Cirurgião: Dr. ELDIMAN

1º Auxiliar: DR EVERLAN

2º Auxiliar DRA ANA

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: DR F WANDERLEY

Anestesia: RAQUI

Diagnóstico Pré-operatório: FX COLO FEMORAL E

Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

 DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- :01 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO
- 02 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 03 - APOSIÇÃO DE CANULADOS 6.5/7.0MM (2)
- 04 - LAVAGEM SF09% + HEMOSTASIA
- 05 - SUTURA POR PLANOS
- 06 - CURATIVO
- 07 - À URPA

Dr. Eldiman Soares de Araújo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.784-20



8.3

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N° 2068513 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/12/2019

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Endereço: JARDIM VERDEJANTE

Cidade: Campina Grande

Idade: 033

Sexo: M

CPF: 584000002

Data de Atend: 23/12/2019

Atend: 13:57:59

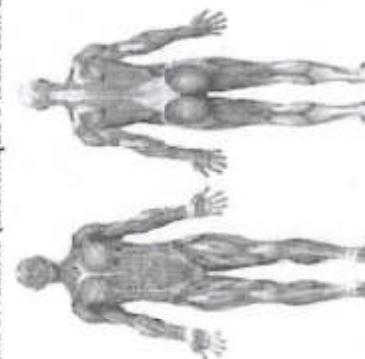
Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 13:57:59

OBS. FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfarrinha subcutâneo
10. Enrágamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiçuso
15. F. Contante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
- 18..F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingarramento venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Lusitão
26. Mordedura
27. Maceração toracica paravertebral
28. Objeto Enravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parese
32. Paroxesia
33. Quimiotrauma
34. Riorragia
35. Sinal de Isquemia
- 36.



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %
DIAGNOSTICO / CID:

fo diapso ferme

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Jacente via a ob. de risco - frágile pelo sanguinolento, causado pelo impacto de um objeto. Pode ser quebrado facilmente. Tornou-se sanguinolento e sangria. Fazendo sinal de dor no lado esquerdo. Fazendo ecografia.

ALERGIA: (-)

MEDICAMENTOS: (-)

PATOLOGIAS: (-)

REALIZADO: (S)

REALIZADO: (R)

ASSINATURA E CARMIMBO DO MÉDICO:

CRM 2159-PB
Cirurgião Geral
Jairo Sales Couto

**GOVERNO
DA PARÁBA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mativinas, Campina Grande - PB, CEP: 58.432-809 Data: 23/12/2019

Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 Nº ATEND: 2068513

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 23/12/2019 HORA: 13:59:06

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS VITrais
SAT: 02 PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORIA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- () CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () IMAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILLOS () TOSSE



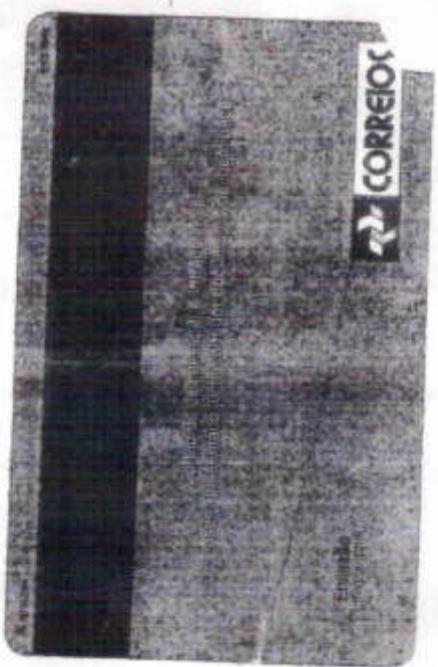
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

DBS: SAMUCC
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Jeanne Patrícia Vasconcelos
COREN-PB 806.49-ENF







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CERTIFICADO DE REGISTRO E VENCIMENTO DE VEÍCULO

DETAN - PERNAMBUCO

COD. RENAVAM

EXPERI

1993

VIA
01 189686669

JOSE XAVIER QUIRINI
LIMOEIRO

RUA SANTA CRUZ
CASA CENTRO

P
1011
5570

04354591472 L 4450

Nº 0027298 902001301N 7216577

CARRO

MOTOR DE CICLO

MARCA/MODELO

HONDA CG 125 TODAY

CATEGORIA

124/CTL PARTIC

GASOLINA

ANDAR ANDAR

1991 1992

COMBUSTIVEL
VERNE HA

PEPE 87.9600 05/11/93 05/11/93

FATAPVA 002602 3XURPEPE 29.32003 05/01/94 06/12/93

SEGURADO OBRIGATÓRIO 05/11/93

LIMOEIRO 01703783

LNU 340674

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CONTIN

180270876

FEDERATIVA DO BRASIL

SELO NACIONAL DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
DETRAN - PERNAMBUCO.

SEN. 111998081

VIA
S1

COD. PERNAM.
189684607

A.T.B.

NOME ENDEREÇO

JOSE XAVIER RUIKEND
LIMOEIRO

RUA SANTA CRUZ
CASA

92113
55780

UF/OFICIO

04354591472

PLACA ANTOUF

WZV-14277296

NOME ANTERIOR

MOTOPORTES

DOCUMENTO VENCIDO PARA EXPEDIÇÃO

ESPECIE/TIPO
MOTOCICLO

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA CG 125 TITAN

ANO FAB.

1991

ANO MOD.

1992

CAPAC/CCIL

8124/CCIL

CATEGORIA

PERM

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

BL. D. CONS. NRIC HONDA LTDA

Local

UF/REGISTRO

DATA

12/12/91

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138876 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM COLO E DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM COLO DO FÊMUR (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E DIÁFISE DO FÊMUR (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 10/12/13/14/15/16 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108449/20

Número do Sinistro: 3200138876

Vítima: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

CPF: 056.205.674-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

DUT

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: 18/05/2020
Nome: JOSE BARBOSA DOS SANTOS
CPF: 056.205.674-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE BARBOSA DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA