
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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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: pedreiro 8 - Endereço: Rua Severina Barros e Silva 9 - Número: 514 10 - Complemento: 2 K L 20 11 - Bairro: Três Irmãs 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58444-000 15 - E-mail: 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8571 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente; uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Assinatura: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 03/04/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Barbosa dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19071181B01



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: 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. 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 9D1BCA7011231443B86736BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO 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 pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Rotatória	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO 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 vítimas (2 vítimas 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,



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 9D1BCA7011231443B86739B8DE673.

191



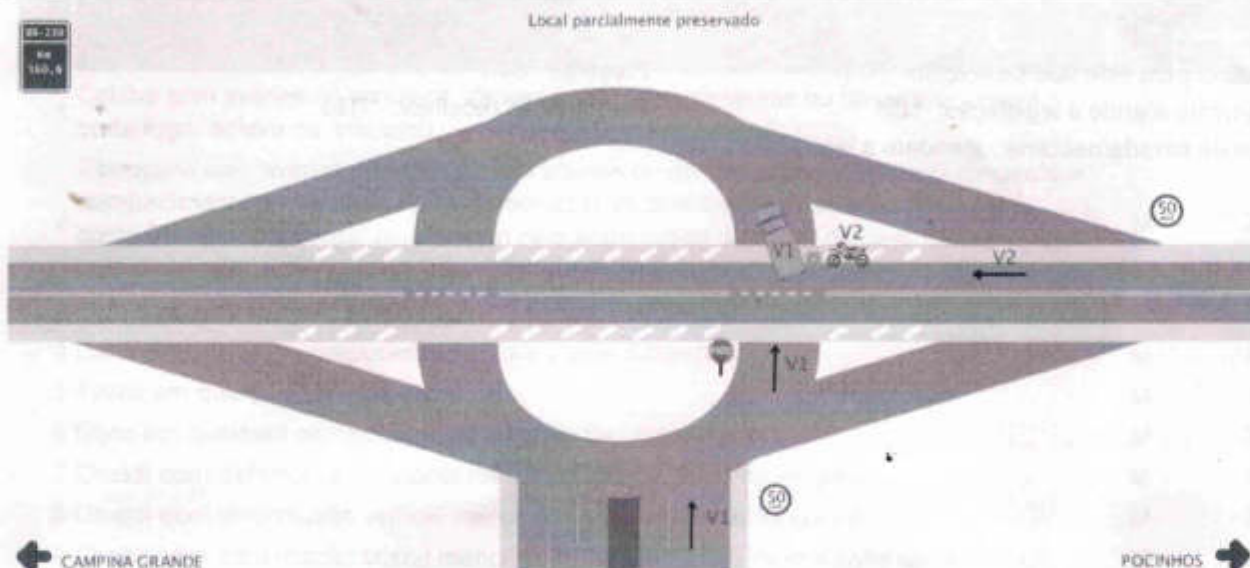
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071181B01

Sr. RODRIGO BARBOSA MONTEIRO, não possuía CNH, motivo pelo qual o veículo foi removido ao pátio conveniado da PRF, conforme DRV 14021912231455-4720 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



Documento assinado eletronicamente por DANTAS FILHO, matrícula 1336668, 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 9D1BCA7D11231443B86739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 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



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. 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/novobati/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 901BCA7011231443886736BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071181B01

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

Veículo: V1 / FORD/F 4000 P

Placa: QLB0997

Nº 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	Carroçaria 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 carroçaria com o chassi.	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 Montagem: Pequena



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 9D1BCA70112314438B6739BEB0E573.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071181B01

V1 - 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 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/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 19071181B01 e o número de controle 9D1BCA7011231443B867386E8DE573.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071181B01

V1 - Proprietário

Nome: JULIO CEZAR MARCELINO DE SOUTO

CPF/CNPJ: 020.728.464-47

Email:

Telefone:

Endereço: SOLEDADE-PB

V1C - CONDUTOR DE V1 - CLAUDIONOR JOSE BORGES COSTA

V1C - Informações

Nome: CLAUDIONOR JOSE BORGES COSTA

Data de Nascimento: 22/03/1955

CPF: 237.738.984-87

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

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 9D1BCA7011231443B867398E8CE673.

191



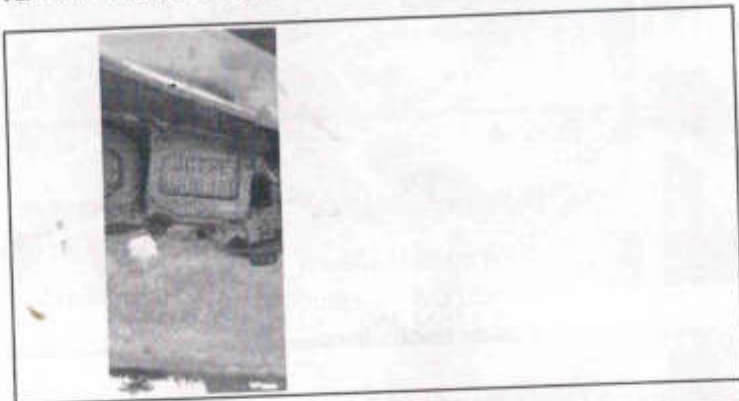
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 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 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 9D1BCA70112314438B6739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071181B01

V2 - Proprietário

Nome: SEM DADOS DOS PROPRIETÁRIOS

Email:

Endereço:

CPF/CNPJ:

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - RODRIGO BARBOSA MONTEIRO

V2C - Informações

Nome: RODRIGO BARBOSA MONTEIRO

CPF: 700.141.544-80

Sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 19/02/1994

Estado civil: Casado(a)

Estado físico: Lesões Graves

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

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: 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

CPF: 056.205.674-27

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 20/05/1986

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato



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 901BCA7011231443BB5739BE8DE673.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 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 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 9D1BCA7D11231443BB6739BE8DE673.

191

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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: pedreiro 8 - Endereço: Rua Severina Barros e Silva 9 - Número: 514 10 - Complemento: QK L 20
11 - Bairro: Três Irmãs 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58444-000
15 - E-mail: 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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8571 7 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente; uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas 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 - Assinatura: _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 03/04/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Barbosa dos Santos

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: 000000008571-7

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.: Nº 006.116.992



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
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


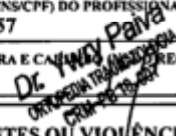
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/03/2020

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:	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
JOSE BARBOSA DOS SANTOS	2068559
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	20/05/1986
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
83 987872493	JARDIM VERDEJANTE, 0, JARDIM VERDEJANTE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
Campina Grande	250400
15 - UF	16 - CEP
PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM TRAUMA EM COXA ESQUERDA APRESENTANDO DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO MIE. RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO NEGA ALERGIAS, DM2 OU HAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO AGUARDANDO LIBERAÇÃO DA NCR E CIR. GERAL PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO.	
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	21 - CID 10 PRINCIPAL
FX DIAFISE DE FEMUR E	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
	02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	70050177786557
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
YWRV DE PAIVA CAMARA	23/12/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





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 EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

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

Data: 04/01/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/01/2020

Horas: 10:47:45

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 - 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 Araujo /

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

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 Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
Médico Ortopedia - CRM - PB 8926

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

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 - 10

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

8-3

DIA 02/01/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 27 06
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 26 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 24
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22 24
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	cte
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte
13	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	cte
14	CURATIVOS	cte

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS

A SRPA

SOL: RXS

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

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/12/2019

Horas: 10:35:18

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 - 8

Clínica: ORTOPEDIA 1 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 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 VÔMITOS	5 IN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 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 NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5 IN
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	simto
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
Wagner Luiz Egito de Araujo
DR. ORTOPEDIA - R.A.M. 8926
C.R. - PB



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

Clínica: 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
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	Je 22 32
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	Je 22 32 24 06
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	Je 22 32 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	5u
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	Je 22 32 24 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5u
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	Ciente
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Ciente

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
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Jose Barbosa dos Santos</u>	Idade: <u>33</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>02/01/2020</u>
Procedimento: <u>Cistoscopia</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Eldimar</u>	Auxiliar: <u>Dr. Enrielan</u> Anestesista: <u>Dr. Wanderley</u>
Início: <u>08:35</u>	Término: <u>10:20</u> Anestesia: <u>Raqui</u>

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
10:30	117 x 71	82	91%	Raqui + Fran	-	acordando
10:50	113 x 67	70	99%	jeane + Fran	-	" "
11:00	131 x 77	92	98%	jeane	-	" "
12:00	110 x 67	106	100%	jeane	-	" "

Medicamentos/Materiais	Quantidade


<p>Observações:</p> <p><u>Paciente acordando e orientado, mov. voluntária</u> <u>meio de 04 membros. Sem gases. OTC de SRPA</u></p> <p></p> <p>Assinatura Anestesista</p> <p>Circulante</p>
--

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

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

Assinatura do anestesista

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3907

$c = \text{limpa}$

Chilena 123.700-2. MOD 09

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome 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 : OSTEOSINTESE			
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			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS</p> <p>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP</p> <p>07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO</p> <p>08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>09- CURATIVOS</p>			
<p>Dr. Eldiman Soares de Araujo Médico Traumato-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20</p>			

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 Araujo Médico Traumatologista-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20			

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

TRAT. CIPUE. DE FEAT. DE COLO ESQ.

[illegible]

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

C✓ DE C-442123 F.O No 32

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Andre / Ramon

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3907

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

c=limpa



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Josei Barbosa dos Santos D.U. 23/12/2019					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
—	Sala 04	SUS	33 a.	2068559	
CIRURGIA: Ext. cirur. de abd. de			CIRURGIÃO: Dr. Eldemir + R2 + Pradon + R1 Ana		
ANESTESIA: Raqui + sedação			ANESTESIA: Dr. Winderley		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
Andri/Kicia		02/01/20	07:35	10:20	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Dimorfe amp.		Compressa Grande 8.5		Catgut cromado Sertix
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Efrane ml	01	Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno 12x4.8		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Clonidina	01	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
01	Moracina		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	4.5	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protoxido l/m	0.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Thionembul ml		H ₂ O ₂ ml	06	Mononylon 2-0
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon
Qtd.	MEDICAÇÕES			Qtd.	SOROS
	Agua Destilada amp.	01	Intracath Infantil		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Dipirona amp.	04	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Flaxidol amp.	05	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Flebocortid amp.	05	Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix 1-0
	Geramicina amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Glicose amp.	4.5	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Glucon de Cálcio amp.		Luvas 8.5		
	Haemace! ml.	0.5	Oxigênio l/m		
	Heparema ml.	0.5	Poliflix		
	Kanakion amp.	0.5	PVPI Degemante ml		
	Lasix amp.	0.5	PVPI Tópico ml.	Qtd.	
	Medrotinazol.	02	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml
	Piasil amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Revivan amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Stuptanon amp.		Seringa desc. 05 ml	04	SG Tr 500 ml utilização
	Cefazolin 1g		Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Foley		Tm - Cirurgias
			Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml	02	PRÓT. Caudado 7.0 x 90
			Torneirinha		utilização
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			01	Placa DCP 12 f. longa
	Agulha desc. 25x7-40x12	01	Vaselina ml	05	refusos cortados
	Agulha desc. 28 x 28		Geicon 18-20		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Látex		
01	Agulha p/ raque nº 25	05	Defetores		
05	Alcool de Enfermagem	05	Sacos p/ lixo		
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Betadine ml				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

W. Kerna 123.700-2.

MOD 066

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome 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 : OSTEOSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS</p> <p>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA DCP</p> <p>07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO</p> <p>08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>09- CURATIVOS</p>			
<p>Dr. Eldiman Soares de Araujo Médico Traumato-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20</p>			

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 Araujo Médico Traumatologista-Ortopedista CRM: 6960 CPF: 043.079.784-20			



GOVERNO
DA PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 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
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: JOSE BARBOSA DOS SANTOS CEP: 58400002 Nascimento: 20/05/1986

Endereço: JARDIM VERDEJANTE

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

Responsável: RAQUEL

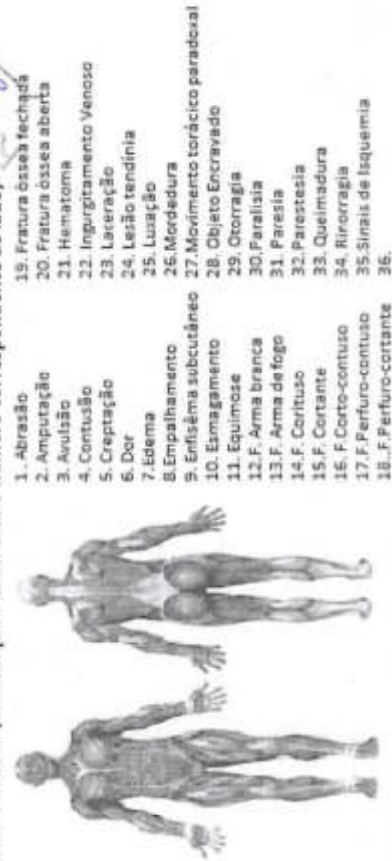
Estado Civil: Solteiro(a)

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)



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

ho Dispsa fovea @.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*paciente veio a este serviço trazendo pelo seu
relato de uma colisão com um objeto - muito rápido
foi realizado o atendimento e encaminhado para o
serviço de emergência e trauma. Não houve
perda de consciência.*

ALERGIA: ☒ Nenhum

MEDICAMENTOS: ☒ Nenhum

PATOLOGIAS: ☒ Nenhum

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias: *Exame de Trauma Tórax E*

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* às *17:15* Dia *23/12/19*

Especialista: *NCR* às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Q.S.R. 500 ml. EV</i>	<i>3:14:20</i>
2	<i>3 Dipirona 1 g. t.i.D. EV, agudo</i>	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Sales Couty
Cirurgião Geral
CRM 2159-PB

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Fractura de humero, 14h53'

Paciente vítima de acidente de trânsito com fratura de humero em caixa (E). Repare dor no ombro (E).
 DR + Reforço de gesso em MRE e cotovelo extenso.
 No CI foi Diáfise da fêmur (E).
 RNV OK.

Col: Solicito no ombro (E)
 Deslusos. Purgar punção (E)
 Apoiando liberação da NCC e cir. geral 13/12/19
 pl interm. file ortopedica pl tp cirurgia.

Dr. Yury Paiva
 ORTOPEDIA ORTODONTOLÓGICA
 CRM-SP 114.907

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
 () Internação (setor) _____ () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Raquel B. de Souza
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

23/12/19 _____
 15:30

Adorça mobilização (módulo cond), com
 capoteia, repouso de alguns membros.
 Neg capiteo condros
 Ao exame: Colapso 15 / PERA com dif. para
 apoiar

Receber: Sem / rodens ou rodens

Dr. Altó da neurocirurgia

13/12/19 Realização da cirurgia geral
 18h30

Paciente consciente, orientado, supino, hemodinamicamente estável. Sem trauma toraco-abdominal. Realizar
 novo x de tórax e FAST de urgência.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CD: Alta da cirurgia geral e ortopedica

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

DATA E

Dr. Gilberto (Ortopedia e Traumatologia)

CRM-SP 114.907

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

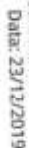
Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



União, 23/12/2019
 Paciente: JOSE BARBOSA DOS SANTOS Idade: 033 N° ATEND: 2068513

203





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
EX-PORTADOR DO CPF

P.234.




Jose Barbosa dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 3.245.271 DATA DE EXPEDIÇÃO 08.07.2004

NOME JOSE BARBOSA DOS SANTOS

JOSE Santos Tavares
Francisca de Oliveira Barbosa

Campina Grande-Pb. 20.05.1986
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 12.865, Fls. 10v, Liv. A/14.
Cart. de Catolê-C. Grande-Pb.

CPF

João Pessoa - PB

Jose Barbosa dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.110 DE 20.03.03

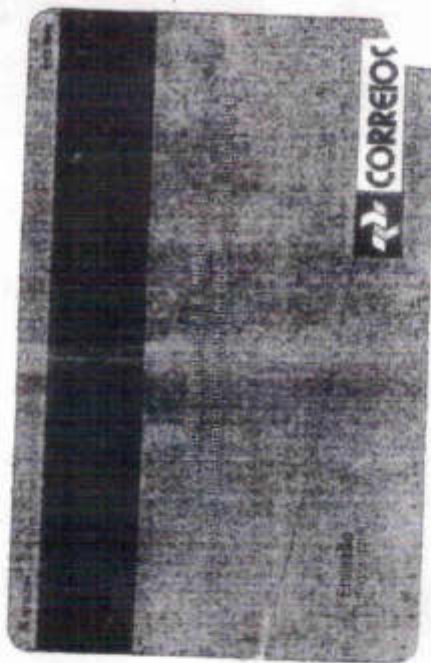
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Identificação

CPF

056 205.674-27

Nome JOSE BARBOSA DOS SANTOS

Nascimento 20/05/1986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TRANSITO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DETRAN - PERNAMBUCO

EXERCÍCIO

VIA
01

000 RENAYAM
189686669

1993

JOSE XAVIER QUIRINO
LIMOEIRO

RUA SANTA CRUZ
CASA CENTRAL

1011

3570

04354591472

L4450

0000027298

902001401N4216577

45/HETOCICLO

GASOLINA

4/HONDA CG 125 TODAY

1991

1992

124/CIL

PARTIC

VERMELHA

87.9600

05/11/93

05/11/93

002802 3XUPEPE

29.3200

05/01/94

SEGURO OBRIGATORIO

05/11/93

LIMOEIRO

01707783

MINISTERIO DA JUSTICA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SELHO NACIONAL DE TRANSITO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

DETRAN - PERNAMBUCO

111998081

DE N°

VIA
01

COD. RENAVAM

187684667

ATB

NOME ENDEREÇO

JOSE XAVIER RUIRINO

LIMBEIRO

RUA SANTA CRUZ

90113

CASA

CENTRO

55700

OFICINA

04354591472

PLACA ANTIF

000427298

NOME ANTERIOR

MOTOPORTE

DOCUMENTO VÁLIDO PARA TRANSITO

ESPECIE TIPO

TS/MOTOCICLO

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA CG 125 TUDOR

ANO FAB.

1991

ANO MOD.

1992

CAP/POT/CIL

0124/CIL

CATEGORIA

PARA II

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

AL. F.D. CONS NAC HONDA LTDA

LOCAL

RECIBO

DATA

12/12/91

MINISTERIO DA JUSTICA

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

Valoração 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