



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00427.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00427.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:16 horas do dia 05 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Almir Fernandes dos Santos**, CPF nº 070.825.968-55, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Torneiro Mecânico, filho(a) de Madalena Oliveira dos Santos e Anizio Fernandes dos Santos, natural de Mogi das Cruzes/SP, nascido(a) em 13/06/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Nº 267, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercado Pague Menos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98749-0131.

Dados do(s) Fatos:

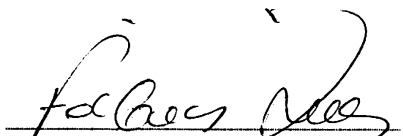
Local: Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos, Próximo Ao Mercado Pague Menos, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que dirigia-se ao seu trabalho conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/LEAD 110, VERMELHA, 2011/2011, PLACA OFD2318/PB, CHASSI 9C2JF2500BR017730, registrada em nome de CLAUDIR MARTINS DA SILVA COSTA, quando derrapou ao fazer uma curva vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Que após o acidente foi em veículo particular para o Ortopedia Mangabeira, sendo transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 05 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00427.01.2018.1.00.420





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Almir Fernandes Dos Santos
DATA DE NASCIMENTO	13/06/64
NOME DA MÃE	Madalena Oliveira dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	105538
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1042817
DATA DO ATENDIMENTO	20/11/17
HORA DO ATENDIMENTO	10:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal E.
CID 10	S42.2 S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor e limitação de movimentos em ombro direito, parasetesia em dorso da mão. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D, tórax

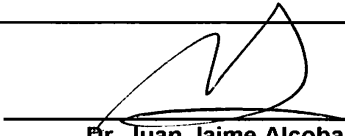
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral + fratura de úmero proximal esquerdo

TRATAMENTO:

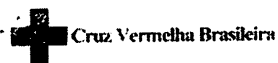
Redução incruenta de luxação glenoumeral esquerda + tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E.

ALTA HOSPITALAR:	24/11/17
DATA DA EMISSÃO:	08/02/18


Br. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

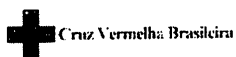
Boletim de Atendimento: 1042817



Identificação do paciente				
ID 569417	Nome ALMIR FERNANDES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 13/06/1984	Idade 53 anos 5 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário
Mãe MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS			Pai ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS	
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) DEISE TARGINO DE SOUZA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87490131	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 17338644	Nº Cns 801434145496936		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58064422	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Manoel Souza do Ó	
Número 176	Complemento	Bairro Valentina de Figueiredo		
Admissão				
Data e Hora 20/11/2017 10:54:21	Número da pulseira 1000006028755		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				Tempo 02min 09seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	BAE 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data Baixa
Data de nascimento 13/06/1964	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Mão MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS		Telefone de Contato (83) 87490131	
Endereço Rua Manoel Souza do Ó, 176		Bairro Valentina de Figueiredo	Prontuário
Município JOAO PESSOA		UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	Nº Cons. Regional 10894/PB
Data/Hora Classificação 20/11/2017 10:58:55		Data/Hora Prescrição 20/11/2017 11:50:11	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	
Anamnese relato de queda de motocicleta queixa de dor e limitação da mobilidade de ombro E Ao exame : posição antálgica, pulsos cheios e simétricos, exame neurológico sem alterações motoras. Queixa de parestesia em dorso da mão solicito radiografias e peça sala para redução de fratura luxação úmero proximal em centro cirúrgico. staff Dr Carlos Alberto			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
CID10			
Código	Descrição		
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero		
Conduta Em observação			

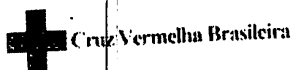
ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

VICTOR LINHARES LUGUINHO
(: 10894/PB)

Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BÄRBOSA em 20/11/2017 10:56:30



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 09/09/2019 16:29:31
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090916293055900000023486633
Número do documento: 19090916293055900000023486633



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: RENATA
ALVES DE SOUZA
Em: 21/11/2017 10:35:08

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	CNS 801434145496936	Prontuário 105538
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

FISIOTERAPÊUTICA (RENATA ALVES DE SOUZA - 21/11/2017 10:34:38)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

AValiação MOTORA

TÔNUS: NORMAL

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

MARCHA: PRESENTE

DIMINUÍDA: MSE

DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL, CONTROLE DE TRONCO

CONDUTA

EVOLUÇÃO: EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Avaliação fisioterapêutica

OBSERVAÇÕES:

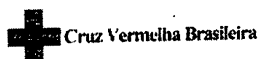
Paciente vítima de acidente de moto, com fratura em úmero proximal E. Aguarda procedimento cirúrgico. Sem indicação no momento.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: RENATA ALVES DE SOUZA

Número Conselho: 7609

Renata Alves de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 199782-F





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:49

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	801434145496936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		NOTURNO		

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 21:57:01)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + luxação umero esq

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:

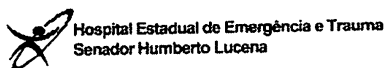
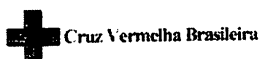
Paciente evolui estável, eupneico, afebril, normotenso, normocárdico, sem queixas no momento. Sem intercorrências. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Seção: HTOP - ENF 16 Leito: LEITO 2
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521

U





INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:36:59

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1984	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:21:15)

DIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Umero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS , FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4)

RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO , NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS , CATETER VENOSO EM MS

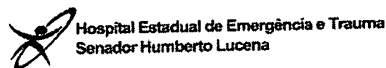
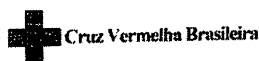
MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS:





INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 23/11/2017 01:37:29

Paciente ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1042817	Data/Hora Entrada 20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/06/1964	Idade	Sexo Masculino	CNS 801434145496936
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105538	Plantão NOTURNO

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 22/11/2017 12:22:03)

DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEL DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEL DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSE DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521



21/11/2017

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2014-05-11-11-11-11



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:51:38

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1042817	20/11/2017 10:54:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/06/1964		Masculino	801434145496936	105538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		DIURNO		

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:51:25)**DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura + Luxação Umero E

AValiação Neurológica

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

ESCALA DE GLASGOW: NÃO SE APLICA

ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: NÃO SE APLICA

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

AValiação Gastrointestinal

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

AValiação Cardiovascular

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AValiação Genito-Urinário

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

VOLUME: NORMAL

MEMBROS - SUPERIORES

/172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=357355&dataInicial=21/11/2017%2014:51:25&dataFinal=21/11/2017%2014:51:25 1/2





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: SABRINA
MEDEIROS SANTOS
Em: 21/11/2017 14:53:49INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Paciente	ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento	1042817	Data/Hora Entrada	20/11/2017 10:54:21	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	13/06/1964	Idade		Sexo	Masculino	CNS	801434145496936
Tempo de Internação		Convênio	SUS	Plantão	DIURNO	Prontuário	105538

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (SABRINA MEDEIROS SANTOS - 21/11/2017 14:53:42)**DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO**

EVOLUÇÃO: MANTER MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

DEPRESSÃO

NÍVEIS DE DEPRESSÃO: LEVE

DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO:

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

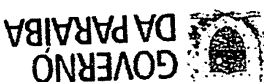
RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: SABRINA MEDEIROS SANTOS

Número Conselho: 307521





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

União Brasileira



Impresso por: JANECLIDE
FRANCISCA NASCIMENTO
ARRUDA
Em: 20/11/2017 19:57:06

URPA, S/N - NDA
CNS: 1256678 - Tel:

Paciente		ALMIR FERNANDES DOS SANTOS	
Boletim de Atendimento		1042817	
Data/Hora Entrada		20/11/2017 10:54:21	
Data/Hora Saída			
Prontuário		105538	
Sexo		Masculino	
Idade			
Convênio		801434145496936	
SUS			
Tempo de internação			
Data de nascimento		13/06/1964	
Plantão			
NOTURNO			

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (JANECLIDE FRANCISCA NASCIMENTO ARRUDA - 20/11/2017 19:56:50)

INTERCORRÊNCIAS
DIURNAS / NOTURNAS:

PACIENTE EVOLUI EGR, CONCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ACEITA BEM AS DIETAS, SSVV MANTIDOS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE. TRANSFERIDO PARA HTOP.

Sessão: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: JANECLIDE FRANCISCA NASCIMENTO ARRUDA

Drª Janeclide
Enfermeira
CNS: 1256678

- Ao 22:15h.

Paciente admitido no centro
do HETS HL, segue consciente, orientado,
do, eufórico, admitido,
segue os cuidados.

Dr. O. L. L. G. G.
Enfermeiro
CNS: 1256678

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
2 - CNES		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD, DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD, DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD, DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE		29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I	
30 - DIÁRIA DE UTI TIPO II		31 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - CDD, ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

01 de conhecimento no 1 como furo
 02 Agulha A 25 n.º 2
 03 para punção com Agulha





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Almir Fernandes das Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Ortoscintila de fratura de GT
Cirurgião: Dr. Tibério 1º Assistente: Dr. Inácio
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura GT</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução aberta + fixação interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tibério
Ortopedia
21/11/2017

João Pessoa 23/11/17

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Jato em posição de prone sob anestesia
- Anestesia + antiespasmódico + analgésico

Incisão:

- Incisão Anterolateral T excisa a fratura

Achados:

Conduta:

- Redução cruenta + fixação com parafuso 4,5

Fechamento:

Sutura
Curativo

Observação:

Médico/CRM:

Dra. Tábata Medeiros
Ortopedia Trauma e Cirurgia
CRM-PB 7788

21 DEZ. 2017

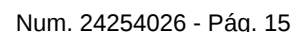
João Pessoa, 23/11/17

F(NG).ASCIR.009-I



HE.F TSHU

1



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 23/11/2017 PRONTUÁRIO: 1042817

PACIENTE: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS SEXO: M COR: Br IDADE: 53

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 10 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36,5 PESO 80 GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL Lúcido DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) 2

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIA Dr. TRIBINEI AUXILIARES Dr. JACQUES

INÍCIO DA ANESTESIA 11h TÉRMINO DA ANESTESIA 12h DURAÇÃO DA ANESTESIA 60'

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. André CPF CRM-PB 7779

AGENTES/HORA

LIQUIDOS VENOSOS

LIQUIDOS PULSO

ANESTESIA X

TECNICA

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOC. PLEXO BLOC. NERVOS OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

LIQUIDOS

GLICOSE

NaCl

SANGUE

RINGER

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

APTY

UTI

OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NG) ASCIR.028-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Alma FERNANDES dos Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/11/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução Incompleta de fratura Gleno Umeral
Cirurgião: Dr. Francisco Guedes 1º Assistente: VICTOR MR
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Umeral</u>	
<u>proximal</u>	
<u>+</u>	
<u>luxação Gleno Umeral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Incompleta</u>	
<u>de luxação Gleno Umeral</u>	
<u>com</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 20/11/17

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: ① DPH A do Feijão.
Incisão:
Achados:
Conduta: ② Redução. Incurto do luxação. Redução
③ RX de controle
Fechamento: ④ Imobilização com Tala Plástica
Observação:

Médico/CRM:


Victor Linhares
Médico
CRM 10644

João Pessoa, 20/11/14

F(NG).ASCIR.009-1





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/17

PRONTUÁRIO:

HISTÓRICO

PACIENTE: Alber Ferraz SEXO: M COR: B IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

LÍQUIDA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Reparo tendão do xeto direito e esquerdo

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA MARCO V. NUNES CPF

CRM-PB

6938-PB

N.º

LÍQUIDOS

VENOSOS

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

PULSO

DIÁSTOLICA

SISTOLICA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (NG) ASCIR.026-1



Nota de Sala Cirúrgica

Sl

04 10/02/19

NOME DO PACIENTE: Almir Fernandes dos Santos
 IDADE: 53 BE: PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:
 CIRURGIÃO: Dr. Cir. de Deb. Extern. Externo ESO
 CIRURGIÃO: Externo Externo ESO
 ANESTESIA: Sedativo
 ANESTESISTA: Marcos Vinícius
 INSTRUMENTADOR: Dr. 11/2019
 DATA: 10/02/19 ANESTESIA: INÍCIO: 15:00 CIRURGIÃO: INÍCIO: 15:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	2	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPLONA SÓDICA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FURASEMIDA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASETRONA		ELETRODOS		EQUIPAMENTOS	
PLASB		EQUIPO MACROGOTAS		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS		() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI		() CÁRDIOMONITOR	
		ESPARADRAPO		() DESFIBRILADOR	
		GAZES		() FOCO AUXILIAR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO CENTRAL	
		GEL ELETROLÍTICO		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº14		() OXÍMETRO DE PULSO	
		JELCO Nº16		() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Marcos Vinícius
 394-324

FINCO/ASCIR 021-2





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070 825 968-55

Nome completo da vítima

Almir Fernandes dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Almir Fernandes dos Santos	070 825 968-55	sem. mecânica
Endereço	Número	Complemento
Rua Coronel Joaquim Pereira dos Santos	267	
Bairro	Cidade	Estado
Valente na	João Pessoa	Paraíba
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58064 400	98749 0131

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☒ BANCO	
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
		Banco	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 25 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



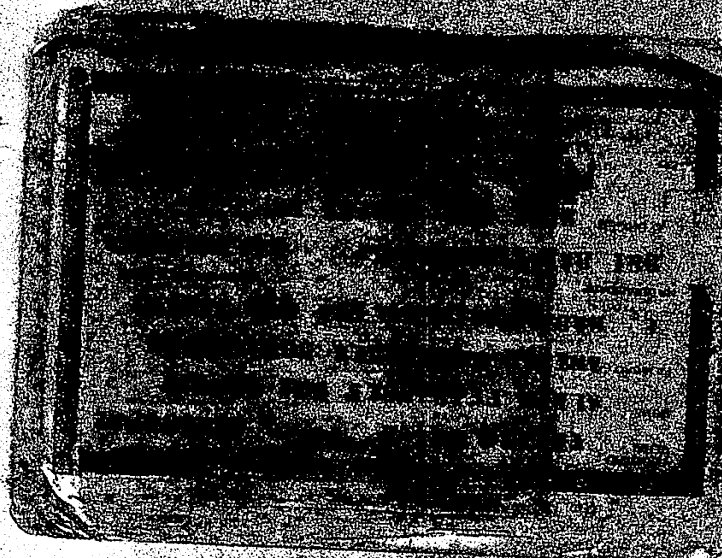


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

1970/05/1964

293839031

293839031



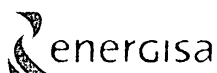
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230 - Km 75 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 - 0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Nº 006 806 510

DADOS DO CLIENTE			CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR	
DEISE TARGINO DE SOUZA RUA CEL JOAQUIM PEREIRA SANTOS 267 JOAO PESSOA			5/400899-1	
REFERENCIA	APRESENTACAO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	17/05/2018	110	24/05/2018	R\$ 55,95



DEISE TARGINO DE SOUZA

Roteiro: 09-005-507-2620

83610000000-6 55950149000-2 04008992018-1 05000005019-0

VALIDADE	VALOR	CODIGO
24/05/2018	R\$ 55.95	400899-2018- 05-0



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Flávia Fernandes dos Santos CPF da Vítima: 070.825.968-55 Data do Acidente: 20.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pereira 25 de maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 17338544 SSP SP

CPF 070.825.968-55 DATA NASCIMENTO 13/06/1964

FILIAÇÃO
 ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS
 MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AC

Nº REGISTRO 03424914548 VALIDADE 15/10/2020 1ª HABILITAÇÃO 14/07/1983

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 15/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 85071450884
 PB031482856

DETRAN - PB (PATRÃO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1169633998

PROIBIDO PLASTIFICAR 1169633998



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
Qualificação: donato, técnico mecânico
CPF/MF: 070 825 968-55 RG: 173 385/14 SSP/SP
Endereço: Rua Emilia Mendonça N° 1100 Apt. 201
Valentina CEP 58000000

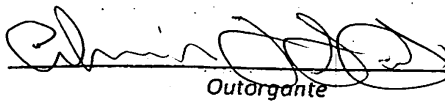
OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 16 de julh de 2017.


Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369952/18

Vítima: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

CPF: 070.825.968-55

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2017

Titular do CPF: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SINISTRO
3180/474377

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS : 070.825.968-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS
CPF: 070.825.968-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ALMIR FERNANDES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 17338544 SSP SP

CPF: 070.825.968-55 DATA NASCIMENTO: 13/06/1964

FILIAÇÃO: ANIZIO FERNANDES DOS SANTOS
MADALENA OLIVEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AC

Nº REGISTRO: 03424914548 VALIDADE: 15/10/2020 1ª HABILITACAO: 14/07/1983

OBSERVAÇÕES: A

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 15/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR:
Arisipi Chaves Sousa
85071450884
PB031482856

DEBEN - PB (PACANIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1169633998

PROIBIDO PLASTIFICAR 1169633998

