

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200362665

Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 0000046706-4

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.255.234-80 4 - Nome completo da vítima: Tallys Willys Nunes Ribeiro

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

5 - Nome completo: Tallys Willys Nunes Ribeiro 6 - CPF: 096.255.234-80
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Professora Maria Augusta Mendonça 9 - Número: 135 10 - Complemento:
11 - Bairro: Malvinas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433-275
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83)99821-8831

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 46706 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB, 02/10/2020

Tallys W. N. Ribeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araujo, s/n - Catolé – Campina Grande - PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Hora e data do fato: Às 15:30 h, do dia 11 de maio de 2020.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 18:45 h, do dia 18 de maio de 2020.

Local do Ocorrido: ROTATÓRIA - (AV. FLORIANO PEIXOTO - AV. DINAMERICA) - DINAMERICA - C. GRANDE - PB

COMUNICANTE/VITIMA: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO, do sexo masculino, nascido no dia 17/05/1992, com 28 anos de idade, ID: 3.673.995 SSP/PB, CPF: 096.255.234-80, AUTÔNOMO, filho de CLOVIS SEVERINO RIBEIRO e de JOSELMA NUNES RIBEIRO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, DIVORCIADO, natural de C. GRANDE - PB, residente na R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 135, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 9.9979-1655.

TESTEMUNHA(S): ALESSANDRO DE FÁRIAS SILVA, do sexo masculino, residente na R. RADIALISTA MARTIM LUTERO, 31, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, PA, celular Nº 9.9906-9202.

ACUSADO(S): VENEZIANO ANTONIO LEAL, residente na R. PAPA JOÃO XXIII, 889, bairro LIBERDADE, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB

HISTÓRICO: Que na data de 11/05/2020, estava conduzindo a motocicleta HONDA FAN 125 - PLACA: NOI-1901/PB, cor: vermelha, em direção a empresa onde trabalha; Que quando estava na rotatória que fica no encontro das avenidas Floriano Peixoto com Dinamerica, sentindo Maxxi Atacado, quando já próximo de terminar a meia volta da rotatória para continuar o trajeto da Avenida Floriano Peixoto, foi abalroado pelo veículo Fiat Palio - Placa: MOG-4506/PB - cor: preto, o qual era conduzido pela pessoa que se identificou pelo nome de Veneziano; Que com o impacto foi lançamento a alguns metros da batida; Que o senhor Veneziano ficou no local, porém não prestou socorro e nem mesmo solicitou auxílio ao SAMU, ficando a cargo do comunicante, que ficou ao chão; Que foi



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB

Rua Raimundo Nonato de Araujo, s/n - Catolé – Campina Grande - PB

socorrido pelo SAMU que encaminhou o comunicante ao Hospital de Emergência e Trauma; Que ficou internado para realização de cirurgia no braço direito permanecendo no hospital até a data de 15/05/2020 quando recebeu Alta Médica; Que depois que recebeu alta soube por seu empregador que o senhor Severino não quer arcar com as despesas necessárias do comunicante; Que lhe foi dado atestado médico de 60 dias; Que a motocicleta que conduzia, ficou bem danificada a qual foi encaminhada para a oficina indicada pelo seguro.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE: RUBIA CHRISTIANNI DE FREITAS VIEIRA

COMUNICANTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

ESCRIVÃO: JONAS L. SOUTO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.255.234-80 4 - Nome completo da vítima: Talys Willys Nunes Ribeiro

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

5 - Nome completo: Talys Willys Nunes Ribeiro 6 - CPF: 096.255.234-80
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Professora Maria Augusta Mendonça 9 - Número: 135 10 - Complemento:
11 - Bairro: Malvinas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433-275
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83)99821-8831

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 46706 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB, 02/10/2020

Talys W. N. Ribeiro
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000046706-4

Nr. da Autenticação 1CAA738274AC9AF9



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguarizos João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11788585

N. OSP

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

23990358

JOSELMA NUNES DA SILVA
RUA PRFA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 135 - MALVINAS
CAMPINA GRANDE PB 58433- 275

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
018.076.065.0500.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15K058866	08/07/2015	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
ABR/2020	02/05/2020	77,78			

EMIÇÃO:

20/05/2020

Total a Pagar:

R\$ 77,78

MATRÍCULA N DO OSP EMISSÃO TOTAL A PAGAR



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/05/2020

Horas: 18:42:56

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 0

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 11/05/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	24 06
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	24
3	Reconstituir 2ML ABD,	
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
6	MANter COM JELCO HEPARINIZADO	cu

EVOLUÇÃO

DATA: 11/05/2020 HORA: 18:40:38

ADMISSÃO

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE RÂDIO DISTAL DIREITO TIPO BARTON VOLAR.
NEGA ALERGIAS, HAS E DM2.

CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO
SOLICITO PRÉ-OPERATORIO

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry de Paiva
CRM-10.123.456



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/05/2020

Horas: 08:21:26

Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 1

Clinica: NEUROBUÇO Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 12/05/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	
	Reconstituir 2ML ABD.	18 06
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	Att
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Att
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	Att

EVOLUÇÃO

DATA: 12/05/2020 HORA: 08:21:04

1º DIH

BEG, ESTÁVEL

CD: AGUARDA HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcão

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-FB 8643

12-05-20 Paciente orientado suprico,
deambula, defende a Toga,
sem intercorrências no momento.

Leishman PA = 130x80
P. 76
P. 72.

//

12/05/2020
PA 130/80
T36.5 } Paciente segue estável
sem queixas no momento
early



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/05/2020

Horas: 07:43:49

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 2
Clínica: ALA NEUROBUÇO Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 13/05/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Boa dieta e pasta de 13/05 12:00</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	<i>12 24</i>
	Reconstituir 2ML ABD.	
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	<i>12</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>12</i>
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	<i>12</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 13/05/2020 HORA: 07:42:52

2º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB 12345

$$\begin{array}{r} 83 \\ 05 \\ \hline 2020 \end{array}$$

PA- 20x70

Ponente evolui
singular. segue
denotação de
euphonia.



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/05/2020

Horas: 11:58:16

Médico(a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

94

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 3
Clínica: ALA NEUROBUÇO Enfermaria: 9 Leito: 4 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 14/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>zona de dieta e pedir obs 12:00</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 12</i> <i>(24) 06</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h	<i>12</i> <i>(24)</i>
4	Reconstituir 2ML ABD,	
5	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/05/2020 HORA: 11:57:18

3º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD:

AGUARDA CIRURGIA PARA HOJE A NOITE

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
CRM-PB 10.023

8h

14105

P.A: 110x70

P: 87 SBT: 97

PCI consequente, orientado,
sem queixas em per-
operatório imediato

USMG

2358 ~

evolução noturna,

Paciente segue estável,
medicado conforme
prescrição médica, sem
queixas aos cuidados
de enfermagem.

forço
1.007.974



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 14/05/2020
Horas da Impressão: 22:31:48
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Sexo: M
Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 14/05/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>af</i>

*POS-OP sem intercorrências -
CD: VPN + RX.*

*Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907*



Número do Prontuário: 191259

DATA DA CIRURGIA: 14/05/2020

Número do Atendimento: 2153489 Clín: ALA AMARELA / Enf: EXTRA / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data da Internação: 11/05/2020

Atendimento: 2153489

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 14/05/2020

Equipe:

Cirurgião: VALTH MENEZES GUIMARAES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: FELIX SOARES NOBREGA

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA VOLAR 3X4 FUROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS SOB FLUOROSCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 14/05/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
Tallys Willyss Nunes Ribeiro		Salvador		SUS		27		2153489	
CIRURGIA					CIRURGIÃO				
Osteomielite rodin					Dr. Felix				
ANESTESIA					ANESTESIA				
Bloqueio de plexo					Dr. Felix				
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
Andre (+m)		14.05.2020		01:15		22:40			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma			Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.			Calef. p/ OXg.				Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catet. De Urinar Sist. Fech.				Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.			Compressa Grande				Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Compressa Pequena				Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Cotonoide				Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Dreno				Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Dreno Kerr nº				Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Dreno Penrose nº				Cera p/ osso	
	Inova ml			Dreno Pezzer nº				Ethibond	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond	
	Mercaina % ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond	
	Nubahin amp.			Equipo de Sangue				Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC				Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.			Esparadrapo Larco cm				Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m			Furacim ml				Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades				Fila cardiaca	
	Rapifen amp.			H ₂ O ₂ ml				Mononylon	
	Thionembutal ml			Intracath Adulto				Mononylon	
	Tracrium amp.			Intracath Infantil				Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 23				Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11				Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15				Prolene Sertix	
	Dipirona amp.			Luvas 7.0				Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.			Luvas 7.5				Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.			Luvas 8.0				Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.			Luvas 8.0				Vicryl Sertix	
	Glicose amp.			Oxigênio l/m					
	Glucon de Cálcio amp.			Poliflix					
	Haemacel ml			PVPI Degemante ml					
	Heparema ml			PVPI Tópico ml			Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.			Sabão Antisséptico				SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.			Saco coletor				SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.			Seringa desc. 10 ml				SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.			Seringa desc. 20 ml				SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml				SG fr 500 ml	
	Revivan amp.			Sonda					
	Stuptanon amp.			Sonda folley			Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogática					
	Naloxon			Sonda Uretral nº					
	Ceftriaxone			Sterydrem ml					
				Torneirinha					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml					
	Agulha desc. 25 x 7			Gelcon 18					
	Agulha desc. 28 x 28			Latece					
	Agulha desc. 3 x 4,5								
	Agulha p/ raque nº								
	Alcool de Enfermagem								
	Alcool Iodado ml								
	Ataduras de Crepon								
	Ataduras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								
							EQUIPAMENTOS		
							() Oxímetro de Pulso		
							() Serra		
							() Desfibrilador		
							() Foco Frontal		
							() Fonte de Luz		
							() Foco Auxiliar		
							() Eletrocautério		
							() Oxícapiógrafo		
							() Cardiomonitor		
							() Perfurador Elétrico		

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Tallys Willes Nunes Ribeiro		Idade:	27 anos
Convênio:			Data:	14/05/20
Procedimento:	osteossintese maxilar			
Cirurgião:	Euler	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Felix	
Início:	21:15	Término:	22:40	Anestesia: bloqueio de


Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
21:00	133x88	71	97%	Marcelo Jose	-	+

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
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:		



Dr. Leonardo Rodrigues Coura
MÉDICO
CRM-PB 7757
CRM-PE 19210

Assinatura do anestesista

Embalagem Reciclada - F.: (81) 99821.0833



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/05/2020

Horas: 08:11:41

Médico(a) / Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2153489 Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO Data de Nascimento: 17/05/1992 Admissão: 11/05/2020 DIH - 4
Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: EXTRA Leito: 9 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR D

DIA 15/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 15/05/2020 HORA: 07:56:36

4º DIH
1º DPO

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD:

ALTA HOSPITALAR

ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORIENTAÇÃO DO MÉDICO NO DIA DO RETORNO, ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. PRESCREVO CIPROFLOXACINO, ANALGÉSICO.

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB 10723



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data da Internação: 11/05/2020

Data da Alta: 15/05/2020

Registro: 2153489

Tempo de Permanência: -18394

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE BARTON

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: VALTH MENEZES GUIMARAES

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORIENTAÇÃO DO MÉDICO NO DIA DO RETORNO, ENCAMINHO A FISIOTERAPIA.

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO E ANALGÉSICO (ARFLEX RETARD)

Condições de Alta: Melhorado

Data: 15/05/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira



GOVERNO
DA PARAÍBA

S
HOSP

DE SAÚDE DO ESTADO

EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Crally</i>												PRONTUÁRIO:															
IDADE:												SEXO		COR:				PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
												M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>											

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:

11/05/22

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

do joelho @ PPD

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

DR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIR. E ARTROSCOPIA DO JOELHO
CRM-PB 8097 / TEO 15822

Carimbo e Assinatura do Médico

[illegible]



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Identidade:
3673995

Idade: 027

ENDEREÇO: PROFESSORA MARIA AUGUSTA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: MALVINAS

Nº 2153489

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA),

RAIO X
REALIZADO EM:

Campina Grande - PB 14/05/2020 Hora:
22:32:03

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Identidade:
3673995

Idade: 027

ENDEREÇO: PROFESSORA MARIA AUGUSTA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: MALVINAS

Nº 2153489

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA),

Campina Grande - PB 14/05/2020 Hora:
22:32:03

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907

Sr(a):	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO	Protocolo:	0000526609	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	12-05-2020 12:50	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	27 anos	Destino:	CLINICA NEURO-BUCO

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.30 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.800 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	392	
Segmentados.....	79,0	7.742	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	15,0	1.470	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	196	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	175.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:43 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FED2-125C-0F86-43B6-4E70-9DEB-BC54-9CA2

Sr(a):	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO	Protocolo:	0000526609	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	12-05-2020 12:50	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	27 anos	Destino:	CLINICA NEURO-BUCO

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'30

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 12/05/2020 13:43 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8C99-0B70-D309-6A27-58EF-FBC3-90F0-696A

Sr(a):	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO	Protocolo:	0000526609	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	12-05-2020 12:50	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	27 anos	Destino:	CLINICA NEURO-BUCO

CREATININA

[DATA DA COLETA: 12/05/2020 12:49]

Resultado..... **1,1 mg/dL**

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00 mg/dL
Para adultos:
Homens:
18 a 60 anos.....: 0,90 a 1,30 mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70 mg/dL
Mulheres:
18 a 60 anos.....: 0,40 a 1,10 mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENSER, METROLAB 2300


**Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411**

Emissão : 12/05/2020 13:43 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 01E2-9CC1-EC97-1780-B661-EA7C-ECF5-2492



Sumos todos
PARAIBA
Governo do Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2153438

CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 11/05/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

CEP:58400002

Nascimento:17/05/1992

RIBEIRO

Sexo:M

Telefone: 999791655

Endereço:PROFESSORA MARIA AUGUSTA

Idade:027

Bairro:MALVINAS

Cidade: Campina Grande

RG: 3673995

Nº:135

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO

CPF:

Profissão:

Responsável:

Estado Civil:Divorciado(a)

Data de

CNS:3673995

Atend:11/05/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

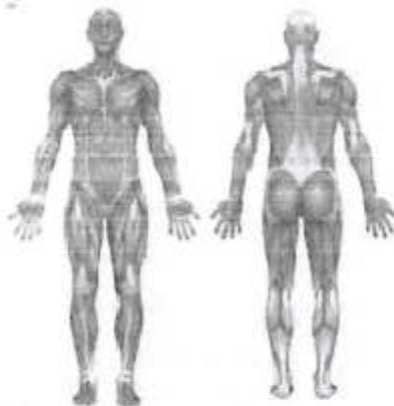
Hora: 16:01:20

CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Corituso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

hp med's Distrc (n) (Brtan)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Quem 22 nota cl. Mnt o pulso
(n) Hx 4 linas.
Dor + umbriga.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

RAIO X
REALIZADO EM:
11/05/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



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: 11/05/2020

Data: 11/05/2020

Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO Idade: 027 N° ATEND: 2153438

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 11/05/2020 HORA : 16:05:33

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.673.995	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/06/2008
NOME	TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO		
FILIAÇÃO	CLOVIS SEVERINO RIBEIRO JOSELMA NUNES RIBEIRO		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	17/05/1992
DOC ORIGEM	NASC.N.60108 FLS.107V LIV.A/54 CARTORIO 2º CAMPINA GRANDE-PB		
CPF			
João Pessoa - PB	<i>Carla de Sá</i> Marta do Socorro V. Cavalcante LEI Nº 14.140 de 30/06/83		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014957629311
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM Nº 00280397968 EXERCÍCIO 2020
1 00280397968 00/00000000 2020

NOME
ALESSANDRO DE FARIAS SILVA

COFENREJ Nº 06933339414 PLACA MOT1901/PE
PLACA INT/UF NOVO PE 9C2JC4110BR316505

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2010 ANO MOD 2011

CAP/POT/CIL 2 9/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º
FAXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
A ***** U 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 08/01/2020

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE FOMENTO
NÃO VALIDO PARA TRANSITO 0

LOCAL DATA
CAMPINA GRANDE - PB 05/02/2020

9999999 33800

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014957629311 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2020 05/02/2020

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 06933339414 MOT1901/PE

RENAVAM MARCA / MODELO
00280397968 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB CAT. TRAF Nº CHASSI
2010 9 9C2JC4110BR316505

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 08/01/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

33800-1155587-20200205

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200362665 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO. P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG 9/10/13

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286379/20

Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

CPF: 096.255.234-80

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 11/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO : 096.255.234-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2020
Nome: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO
CPF: 096.255.234-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020
Nome: Alan Silva de Oliveira
CPF: 152.775.167-86

TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Alan Silva de Oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200362665 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO. P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG 9/10/13

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50