

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 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

DADOS CADASTRAIS

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 0737	CONTA: 46706	4	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	4
(Informar o dígito se existir)	(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 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 Lider 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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascrito (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a 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. PROF^a 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
2^a 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 2^a SRPC

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "RUBIA CHRISTIANNI DE FREITAS VIEIRA". Above the signature, there is a small blue mark or initial "f" and "e".

AUTORIDADE: RUBIA CHRISTIANNI DE FREITAS VIEIRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO". To the right of the signature, there is a faint blue rectangular stamp.

COMUNICANTE: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "JONAS L. SOUTO".

ESCRIVÃO: JONAS L. SOUTO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 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 N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

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
11 - Bairro: Malvinas	12 - Cidade: Campina Grande	13 - Estado: PB
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com	14 - CEP: 58433-275	
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737	AGÊNCIA: _____
CONTA: 46706	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
4	4

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel nascitro)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

MORTE

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizada)	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Tallys W. N. Ribeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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, 220 - Jaguaribe 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

23990358

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Basculante	Comercial	Industriais	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			

EMISSÃO: 20/05/2020 Total a Pagar: R\$ 77,78

MATRÍCULA N DO OSP EMISSÃO TOTAL A PAGAR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DR

DADOS DO PACIENTE :

Nº de 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

DR

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, 1AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h	
4	Reconstituir 2ML ABD,	
5	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
	IANTER COM JELCO HEPARINIZADO	DR

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 RÁDIO 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 Paiva
CRM-PB 1027
CRM-PE 1027



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 - I

Clinica: NEUROBUUCO Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FX BARTON VOLAR-D

DIA 12/05/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

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

EVOLUÇÃO

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

1º DIH

BEG, ESTÁVEL

CD: AGUARDA HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

12/05/20 Recorte orientado expresso
desondas off-shore no topo,
sem interconexões no momento.

Leishner

R = 100x80

?

R-76
R-72.

11

12/05/2020

PT 130180

T305

{ paciente segue estavel
sem queixas no momento
early



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

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

9-2

OK

DIA 13/05/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Bebe leite e suco de 19/05/2020</i>	<i>12/00</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	<i>12/18 21/06</i>
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
	Reconstituir 2ML ABD.	<i>12/18 21/06</i>
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	<i>12/18 21/06</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>12/18 21/06</i>
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	<i>12/18 21/06</i>

EVOLUÇÃO

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

2º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES +

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

*Nathan Ribeiro
Med. Cir.
CRM-PB*

ASSINATURA + CARIMBO

Ywry de Paiva Camara

CRM-PB

~~85~~

~~05~~

~~2020~~

PA- 190>20

Ponente evolvi'
sugulor. Segue
obscuración de
eulimogen.

J



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 - 3

Clinica: ALA NEUROBUCO 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>Fora de dia e pedir obs 12:00</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	E.V, 1AMPOLA, 6h/6h
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE	E.V, 1FRA AMP, 12h/12h
3	Reconstituir 2ML ABD.	
4	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
5	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 Santos Rozendo
CRM-PB 10833

8h P.A: 110x70

14/05 P: 87 SHT: 97

PCT comenteve, orientado,
nem queixas em pre-
operatório ameaçou
lesma

2558 w

ebolução noturna,
paciente segue estabilizado
medicado conforme
prescrição médica, sem
queixas aos cuidados
de enfermagem.

jogo
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

Clinica: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
I	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/ID Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	OF

POs-OP Nem Intravenoso -
CV: VPR + RX.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PB 9907



Número do Prontuário: 191259

DATA DA CIRURGIA: 14/05/2020

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

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Data da Internação: 11/05/2020

Atendimento: 2153489

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE Data da Cirurgia: 14/05/2020

Equipe:

Cirurgião: VALTH MENEZES GUIMARÃES

Assistente 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Auxiliar 2:

Auxiliar 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. OSTEOSÍNTESE 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

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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Tallys Willys Nunes Ribeiro SN. 17.05.1992
 QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO
 sala 04 SUL 97 2153489

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Bosco

CIRURGIA Osteorrictectis rodízio distal direito
 ANESTESIA Bloqueio de pleno

CIRURGIÃO Dr. Euler

ANESTESIA Dr. Felix

INSTRUMENTADORA Andre (tm) DATA 14.05.2020 INICIO 01:15 FIM 02:40

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoides		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
83	Inova ml Lidocaina		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	05	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H2O ml	01	Mononylon 0.0
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix
	Flaxidol amp.	01	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.	05	Luvas 8 Procedimento		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPi Degemente ml		
	Heparema ml.		PVPi Tópico ml.		
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		
	Lasix amp.	02	Saco coletor	03	SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.	001	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Piasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	02	SG Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml
	Stuptanon amp.		Sonda Foley		
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		
01	Nasogástrum		Sonda Uretral nº	01	
01	Salineiro		Sterydrem ml	03	
			Torneirinha		

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Aguilha desc. 25 x 7

Aguilha desc. 28 x 28

Aguilha desc. 3 x 4,5

Aguilha p/ raque nº

Álcool de Enfermagem

Álcool Iodado ml

03 Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metíleno amp.

Benzina ml

01 selenitrolo
 01 agulha de plástico

Anel Campos de Araújo Oli CIRCULANTE RESPONSÁVEL

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapnôgrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

TEC. ENFERMAGEM

COREN-PB 397289



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Talles Willes Nunes Ribeiro

Idade: 27 anos

Convênio:

Data: 14/05/20

Procedimento: osteosíntese radiotáctil

Cirurgião: Guler

Auxiliaries

Anestesista: Dr. Félix

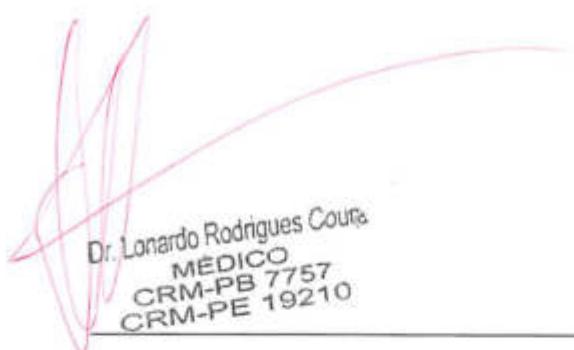
Inicio: 21:15

Término: 22:40

Anestesia y bloqueos gl

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, Dispneia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Dr. Lonardo Rodrigues Coelho
 MEDICO
 CRM-PB 7757
 CRM-PE 19210

Assinatura do anestesista

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

TALYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Nº DO PRONTUÁRIO

2153989

Nº AIH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

11510 Plik. DE TRÍSTURA DE Rádio ÓsíSIC

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa em "T" P/6. TRÍST. Rádio. RE15
01 XQ3F. — △ — △

01

P/6. Porta 3,5x20mm
11 11 3,5x18mm

01

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

19/5/20

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

Dr. Euler Cruz

OBSERVAÇÕES

✓ PELMENOS. FMO. B3



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Signature]

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



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

Clinica: 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, IFRA AMP, 12h/12h 0D/ID	
3	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD,	
7	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

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

4º DIH
1ºDPO

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



S
HOSF

DE SAÚDE DO ESTADO
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: <i>Gally Ferreira</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:
11/05/2022

203

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

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

DR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CIR. E ARTROSCOPIA DO JOELHO
CRM-PB 0037 / TEC011982

Carimbo e Assinatura do Médico

$$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \dot{x}_i} \right) = \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial x_i} + \sum_{j=1}^n \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial x_j} \frac{\partial \dot{x}_j}{\partial t} = \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial x_i} + \sum_{j=1}^n \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial x_j} \frac{\partial}{\partial t} \left(\frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \dot{x}_j} \right)$$



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



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:
14/05/2020**

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

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



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) ,

D

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

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

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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/mm³	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 /mm³	(%)	(/mm³)	5.000 à 10.000 /mm³
Neutrofílos.....				
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 / mm³
Eosinófilos.....	0		0	0 à 4,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0		0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos.....				
Típicos.....	15,0		1.470	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos ou Reativos.....	0		0	
Monocitos.....	2,0		196	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....		175.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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]

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO 8'30

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

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Material: Sangue

Método: Lee-White

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 12:45]

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 WIENER, METROLAB 2300



Ana Cássia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

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



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Somos todos
PARAÍBA

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 CEP:58400002 Nascimento:17/05/1992

RIBEIRO

Endereço:PROFESSORA MARIA AUGUSTA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: JOSELMA NUNES RIBEIRO

Responsável:

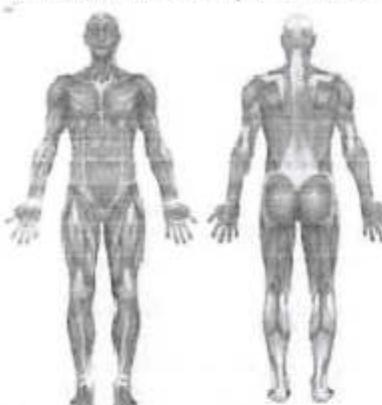
Estado Civil:Divorciado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

fo radio distrc () (Brton)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente

*Quem se move é mais o pulo
() Un h Livi.
Dor + amigd.*

Rp a ho Brton volv ()

RAIO X
*REALIZADO EM:
Od. Inferior
4/4/2020*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

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		<i>RAIO X REALIZADO EM: 11/05/2020</i>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE / / / : hs

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



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: 11/05/2024

Data: 11/05/2020

Paciente: TALLYS WILLYS NIUNES 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

STANTIS 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 () DISPNÉIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AMARELO

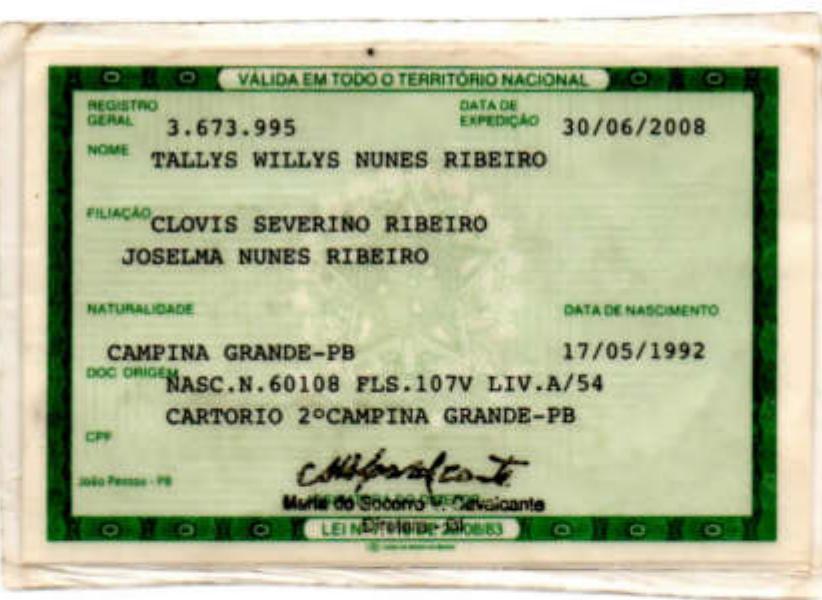
CONTROLE DOS SINAIS VITais:							DO
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREM
acolhimento

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB N° 014957629311
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:	COO RENAVAM	EXPO-04-ENTRADA 75-4	EXERCÍCIO
1	0078154746	000000000	2020
NOME: ALESSANDRO DE MARIAS SILVA			
COODENHO		PLACA:	
06933319718		MOT1901/PP	
PLACA MNT/UF:		CHASSI:	
4 NOVO	PR	9C2JC4110BR316505	
EMÉDIE TIPO		COMBUSTIVEL:	
PAS/MOTOCICLETA NÃO APLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS		2010	2011
CAP/POT/GIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 R/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS	
P VIVA PAGO EM 00/00/0000		1 ^a	
A FADA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^a	
*****	U	3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	08/01/2020
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIOS DOCUMENTO DEVE SER ENTREGUE NAO SALVADO PARA RETIRADA			
LOCAL:		DATA:	
CAMPINA GRANDE - PB		05/02/2020	
9999999		33800	

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURO DPVAT

PB N° 014957629311 BILHETE DE SEGURO DPV.

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 05/02/20

VIA:	CPF / CNPJ	PLACA
1 00837999414		MOT1901/PI
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00280397968	HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2010	9	9C2JC4110BR316505

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
		08/01/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

33800-1155567-20200205

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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2020

Titular do CPF: TALLYS WILLYS NUNES RIBEIRO

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

Valorização 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