



Número: **0831372-39.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EWERSON OLEGARIO FERREIRA (AUTOR)</b>	<b>FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39147 146	05/02/2021 15:02	<a href="#"><u>Contestação</u></a>	Contestação
39147 708	05/02/2021 15:02	<a href="#"><u>2780486_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos
39147 709	05/02/2021 15:02	<a href="#"><u>2780486_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020144100000037317006>  
Número do documento: 21020515020144100000037317006

Num. 39147146 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200389482**      **Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA**

**Data do Acidente: 25/07/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EWERSON OLEGARIO FERREIRA**

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 ombros

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: EWERSON OLEGARIO FERREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000003445-2**

**Conta: 000000005869-6**

**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](http://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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *30044125470 Ewerson Olegário Ferreira*

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

5 - Nome completo: <i>Ewerson Olegário Ferreira</i>	6 - CPF: <i>300.441.254-70</i>		
7 - Profissão: <i>Recluso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Antônio Barbosa</i>	9 - Número: <i>56</i>	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Três Irmãos</i>	12 - Cidade: <i>Companhia Grande</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58423-700</i>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>83988056654</i>	

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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"/> 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)

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *3445* CONTA: *6005869* (6)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não residutor (viverá)? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Informações  
delecionadas  
informações  
de beneficiários  
não alfabetizados

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 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Varas Pernambuco 01.10.2020*

*Ewerson O. Ferreira*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

  
**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00334.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00334.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:03 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ewerson Olegario Ferreira**, conhecido(a) por Ewerson, CPF nº 700.441.254-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Ana Maria Tolentino Olegario Ferreira e Alemburg Ferreira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/07/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Antônio Barbosa, Nº 56, complemento CASA, bairro Malvinas, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Carlos Dumont, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Manoel de Freitas Ramos, nº S/N, Via Pública. Próximo Ao Mercado Henrique, Campina Grande/PB, bairro Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/07/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **Objeto(s) Envolvido(s):**

**(1) Moto**, modelo CG 125 TITAN MIX KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NPF-9484, chassi 9C2KC1610AR036072, renavam 20855645-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM FIO DA REDE ELÉTRICA QUE FOI ROMPIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO MUITO ALTO QUE NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

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

  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Assinado em 15/10/2020

Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 3

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1º Superintendência Regional de Polícia Civil  
5º Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

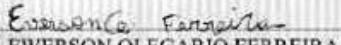


**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 14 de outubro de 2020.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
EWERSON OLEGÁRIO FERREIRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 4



## 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *300441254-70 Ewerson Olegário Ferreira*

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

5 - Nome completo: <i>Ewerson Olegário Ferreira</i>	6 - CPF: <i>300.441.254-70</i>		
7 - Profissão: <i>Recluso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Antônio Barbosa</i>	9 - Número: <i>56</i>	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Três Irmãos</i>	12 - Cidade: <i>Companhia Grande</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58423-700</i>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>83988056654</i>	

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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"/> 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)

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *3445* CONTA: *6005869*

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

Legitíma  
deleção  
informa que  
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)

40 - Local e Data, *Varas Pernambuco 01.10.2020*

*Ewerson O. Ferreira*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03445-2

CONTA: 00000005869-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO25112020050000000002370344500000005869168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>

Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 6

Boleto para simples pagamento à vista  
localizada na estrada Fábrica  
Nº 007.618.952

Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.820.396/0001-05 Inscrição 16.000.839-1

DAUDOS DO CLIENTE:

**JOSEFA GOMES DE FARIAS**

RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492  
CAMPINA GRANDE

 N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA  
**4/83406-9**

 [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)  @energisa

 REFERÊNCIA  
**SET/2020**

 ARRESENTAÇÃO  
**18/09/2020**

 CONSUMO  
**128 kWh**

 VENCIMENTO  
**25/09/2020**

 TOTAL A PAGAR  
**R\$ 105,61**

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03269.641001 00299.859173 1 83890000010561				VENCIMENTO	25/09/2020	
LOCAL DE PAGAMENTO:	PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL						TIPO	ABONO/DEBITO BENEFICIÁRIO	
DOCUMENTO:	ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA						DE 525560001-05	BOLETO NÚMERO	
ENDEREÇO:	AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700						3289641000299859		
DATA DO DOCUMENTO:	18/09/2020	N. DOCUMENTO:	000000008-2020-09-6	ESPECIE DO DS:	DS	ACÉITE:	N	DATA DO PROCESSAMENTO:	18/09/2020
								VALOR DO DOCUMENTO:	<b>105,61</b>
								VALOR DE PAGAMENTO:	
								VALOR DE DESCONTO:	
								VALOR DE DESCONTO:	
								VALOR DE DESCONTO:	
								VALOR DE DESCONTO:	
INSTRUÇÕES:	OS VALORES DA MULTA/AJUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA.								
	TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO.								
	NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.								
PAUTA:	JOSEFA GOMES DE FARIAS						CNPJ/CPF:	031.746.814-64	
	RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492						CAMPINA GRANDE (AG: 491)		
	BACONDO/ANL/RTA						REG. DE BANCA:		



INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO:

[Ficha de Compensação](#)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03

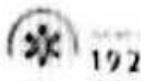
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>

Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 7



Estado de Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande - PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU - Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 22/07/2020	<b>HORA:</b> 15:16 HRS	<b>MS:</b> 260106
<b>NOME:</b>	EMERSON OLIVEIRA FERREIRA	
<b>OLÍVIA:</b>	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
<b>LOCAL:</b>	RUA MANOEL DE FREITAS RAMOS - CRUZEIRO	
<b>COMPLEMENTO:</b>	PROXIMO A VILA DE ALFREDO NEVES	
<b>CIDADE:</b>	CAMPINA GRANDE / PB	

### DADOS DA REMOÇÃO

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma

Campina Grande, 31 de julho de 2020

Delegado de Plantão  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande - PB  
fone: (83) 3322-5207 - 3322-5191



01/08/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08 778 268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 3700 - Mâlvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58132-309  
Boleto Nômico: Encartado (B.E) - Modelo 03 Data: 01/08/2020

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Data da Internação: 25/07/2020 Data da Alta: 01/08/2020

Registro: 2193753

Tempo de Permanência: -18469

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTSESE Data:

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

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 ITINERÇOES

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MPEDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, ARFLEX RETARD

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/08/2020

Assinatura/Carimbo  
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 9



PARAÍBA  
Estado do Estado SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA  
ONT (B.E) N°.2193742 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
Av. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-803  
Data: 25/07/2020

IDENTIF. EVERSON OLEGARIO  
IREIRA  
Sexo: Masculino  
Idade: 022  
RG: 11552  
Nascimento: 07/07/1998

CPF: 053-0400002-0  
Profissão: ESTUDANTE  
Data de Atend.: 25/07/2020  
Atend.: 15:56:51

Nome da Mae: ANA MARIA TOLENTINO  
GARIO FERREIRA  
Identid.: MAE  
do Civil: Solteiro(a)

ANAMNÉSIS DO TRAUMA  
AL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça  
2. Ombro  
3. Braço  
4. Costela  
5. Perna  
6. Cintura  
7. Perna  
8. Entalhe  
9. Entalhe  
10. Entalhe  
11. Entalhe  
12. Entalhe  
13. Entalhe  
14. Entalhe  
15. Entalhe  
16. Entalhe  
17. Entalhe  
18. Entalhe  
19. Entalhe  
20. Entalhe  
21. Entalhe  
22. Entalhe  
23. Entalhe  
24. Entalhe  
25. Entalhe  
26. Entalhe  
27. Entalhe  
28. Entalhe  
29. Entalhe  
30. Entalhe  
31. Entalhe  
32. Entalhe  
33. Entalhe  
34. Entalhe  
35. Entalhe  
36. Entalhe  
37. Entalhe  
38. Entalhe  
39. Entalhe  
40. Entalhe  
41. Entalhe  
42. Entalhe  
43. Entalhe  
44. Entalhe  
45. Entalhe  
46. Entalhe  
47. Entalhe  
48. Entalhe  
49. Entalhe  
50. Entalhe  
51. Entalhe  
52. Entalhe  
53. Entalhe  
54. Entalhe  
55. Entalhe  
56. Entalhe  
57. Entalhe  
58. Entalhe  
59. Entalhe  
60. Entalhe  
61. Entalhe  
62. Entalhe  
63. Entalhe  
64. Entalhe  
65. Entalhe  
66. Entalhe  
67. Entalhe  
68. Entalhe  
69. Entalhe  
70. Entalhe  
71. Entalhe  
72. Entalhe  
73. Entalhe  
74. Entalhe  
75. Entalhe  
76. Entalhe  
77. Entalhe  
78. Entalhe  
79. Entalhe  
80. Entalhe  
81. Entalhe  
82. Entalhe  
83. Entalhe  
84. Entalhe  
85. Entalhe  
86. Entalhe  
87. Entalhe  
88. Entalhe  
89. Entalhe  
90. Entalhe  
91. Entalhe  
92. Entalhe  
93. Entalhe  
94. Entalhe  
95. Entalhe  
96. Entalhe  
97. Entalhe  
98. Entalhe  
99. Entalhe  
100. Entalhe  
101. Entalhe  
102. Entalhe  
103. Entalhe  
104. Entalhe  
105. Entalhe  
106. Entalhe  
107. Entalhe  
108. Entalhe  
109. Entalhe  
110. Entalhe  
111. Entalhe  
112. Entalhe  
113. Entalhe  
114. Entalhe  
115. Entalhe  
116. Entalhe  
117. Entalhe  
118. Entalhe  
119. Entalhe  
120. Entalhe  
121. Entalhe  
122. Entalhe  
123. Entalhe  
124. Entalhe  
125. Entalhe  
126. Entalhe  
127. Entalhe  
128. Entalhe  
129. Entalhe  
130. Entalhe  
131. Entalhe  
132. Entalhe  
133. Entalhe  
134. Entalhe  
135. Entalhe  
136. Entalhe  
137. Entalhe  
138. Entalhe  
139. Entalhe  
140. Entalhe  
141. Entalhe  
142. Entalhe  
143. Entalhe  
144. Entalhe  
145. Entalhe  
146. Entalhe  
147. Entalhe  
148. Entalhe  
149. Entalhe  
150. Entalhe  
151. Entalhe  
152. Entalhe  
153. Entalhe  
154. Entalhe  
155. Entalhe  
156. Entalhe  
157. Entalhe  
158. Entalhe  
159. Entalhe  
160. Entalhe  
161. Entalhe  
162. Entalhe  
163. Entalhe  
164. Entalhe  
165. Entalhe  
166. Entalhe  
167. Entalhe  
168. Entalhe  
169. Entalhe  
170. Entalhe  
171. Entalhe  
172. Entalhe  
173. Entalhe  
174. Entalhe  
175. Entalhe  
176. Entalhe  
177. Entalhe  
178. Entalhe  
179. Entalhe  
180. Entalhe  
181. Entalhe  
182. Entalhe  
183. Entalhe  
184. Entalhe  
185. Entalhe  
186. Entalhe  
187. Entalhe  
188. Entalhe  
189. Entalhe  
190. Entalhe  
191. Entalhe  
192. Entalhe  
193. Entalhe  
194. Entalhe  
195. Entalhe  
196. Entalhe  
197. Entalhe  
198. Entalhe  
199. Entalhe  
200. Entalhe  
201. Entalhe  
202. Entalhe  
203. Entalhe  
204. Entalhe  
205. Entalhe  
206. Entalhe  
207. Entalhe  
208. Entalhe  
209. Entalhe  
210. Entalhe  
211. Entalhe  
212. Entalhe  
213. Entalhe  
214. Entalhe  
215. Entalhe  
216. Entalhe  
217. Entalhe  
218. Entalhe  
219. Entalhe  
220. Entalhe  
221. Entalhe  
222. Entalhe  
223. Entalhe  
224. Entalhe  
225. Entalhe  
226. Entalhe  
227. Entalhe  
228. Entalhe  
229. Entalhe  
230. Entalhe  
231. Entalhe  
232. Entalhe  
233. Entalhe  
234. Entalhe  
235. Entalhe  
236. Entalhe  
237. Entalhe  
238. Entalhe  
239. Entalhe  
240. Entalhe  
241. Entalhe  
242. Entalhe  
243. Entalhe  
244. Entalhe  
245. Entalhe  
246. Entalhe  
247. Entalhe  
248. Entalhe  
249. Entalhe  
250. Entalhe  
251. Entalhe  
252. Entalhe  
253. Entalhe  
254. Entalhe  
255. Entalhe  
256. Entalhe  
257. Entalhe  
258. Entalhe  
259. Entalhe  
260. Entalhe  
261. Entalhe  
262. Entalhe  
263. Entalhe  
264. Entalhe  
265. Entalhe  
266. Entalhe  
267. Entalhe  
268. Entalhe  
269. Entalhe  
270. Entalhe  
271. Entalhe  
272. Entalhe  
273. Entalhe  
274. Entalhe  
275. Entalhe  
276. Entalhe  
277. Entalhe  
278. Entalhe  
279. Entalhe  
280. Entalhe  
281. Entalhe  
282. Entalhe  
283. Entalhe  
284. Entalhe  
285. Entalhe  
286. Entalhe  
287. Entalhe  
288. Entalhe  
289. Entalhe  
290. Entalhe  
291. Entalhe  
292. Entalhe  
293. Entalhe  
294. Entalhe  
295. Entalhe  
296. Entalhe  
297. Entalhe  
298. Entalhe  
299. Entalhe  
300. Entalhe  
301. Entalhe  
302. Entalhe  
303. Entalhe  
304. Entalhe  
305. Entalhe  
306. Entalhe  
307. Entalhe  
308. Entalhe  
309. Entalhe  
310. Entalhe  
311. Entalhe  
312. Entalhe  
313. Entalhe  
314. Entalhe  
315. Entalhe  
316. Entalhe  
317. Entalhe  
318. Entalhe  
319. Entalhe  
320. Entalhe  
321. Entalhe  
322. Entalhe  
323. Entalhe  
324. Entalhe  
325. Entalhe  
326. Entalhe  
327. Entalhe  
328. Entalhe  
329. Entalhe  
330. Entalhe  
331. Entalhe  
332. Entalhe  
333. Entalhe  
334. Entalhe  
335. Entalhe  
336. Entalhe  
337. Entalhe  
338. Entalhe  
339. Entalhe  
340. Entalhe  
341. Entalhe  
342. Entalhe  
343. Entalhe  
344. Entalhe  
345. Entalhe  
346. Entalhe  
347. Entalhe  
348. Entalhe  
349. Entalhe  
350. Entalhe  
351. Entalhe  
352. Entalhe  
353. Entalhe  
354. Entalhe  
355. Entalhe  
356. Entalhe  
357. Entalhe  
358. Entalhe  
359. Entalhe  
360. Entalhe  
361. Entalhe  
362. Entalhe  
363. Entalhe  
364. Entalhe  
365. Entalhe  
366. Entalhe  
367. Entalhe  
368. Entalhe  
369. Entalhe  
370. Entalhe  
371. Entalhe  
372. Entalhe  
373. Entalhe  
374. Entalhe  
375. Entalhe  
376. Entalhe  
377. Entalhe  
378. Entalhe  
379. Entalhe  
380. Entalhe  
381. Entalhe  
382. Entalhe  
383. Entalhe  
384. Entalhe  
385. Entalhe  
386. Entalhe  
387. Entalhe  
388. Entalhe  
389. Entalhe  
390. Entalhe  
391. Entalhe  
392. Entalhe  
393. Entalhe  
394. Entalhe  
395. Entalhe  
396. Entalhe  
397. Entalhe  
398. Entalhe  
399. Entalhe  
400. Entalhe  
401. Entalhe  
402. Entalhe  
403. Entalhe  
404. Entalhe  
405. Entalhe  
406. Entalhe  
407. Entalhe  
408. Entalhe  
409. Entalhe  
410. Entalhe  
411. Entalhe  
412. Entalhe  
413. Entalhe  
414. Entalhe  
415. Entalhe  
416. Entalhe  
417. Entalhe  
418. Entalhe  
419. Entalhe  
420. Entalhe  
421. Entalhe  
422. Entalhe  
423. Entalhe  
424. Entalhe  
425. Entalhe  
426. Entalhe  
427. Entalhe  
428. Entalhe  
429. Entalhe  
430. Entalhe  
431. Entalhe  
432. Entalhe  
433. Entalhe  
434. Entalhe  
435. Entalhe  
436. Entalhe  
437. Entalhe  
438. Entalhe  
439. Entalhe  
440. Entalhe  
441. Entalhe  
442. Entalhe  
443. Entalhe  
444. Entalhe  
445. Entalhe  
446. Entalhe  
447. Entalhe  
448. Entalhe  
449. Entalhe  
450. Entalhe  
451. Entalhe  
452. Entalhe  
453. Entalhe  
454. Entalhe  
455. Entalhe  
456. Entalhe  
457. Entalhe  
458. Entalhe  
459. Entalhe  
460. Entalhe  
461. Entalhe  
462. Entalhe  
463. Entalhe  
464. Entalhe  
465. Entalhe  
466. Entalhe  
467. Entalhe  
468. Entalhe  
469. Entalhe  
470. Entalhe  
471. Entalhe  
472. Entalhe  
473. Entalhe  
474. Entalhe  
475. Entalhe  
476. Entalhe  
477. Entalhe  
478. Entalhe  
479. Entalhe  
480. Entalhe  
481. Entalhe  
482. Entalhe  
483. Entalhe  
484. Entalhe  
485. Entalhe  
486. Entalhe  
487. Entalhe  
488. Entalhe  
489. Entalhe  
490. Entalhe  
491. Entalhe  
492. Entalhe  
493. Entalhe  
494. Entalhe  
495. Entalhe  
496. Entalhe  
497. Entalhe  
498. Entalhe  
499. Entalhe  
500. Entalhe  
501. Entalhe  
502. Entalhe  
503. Entalhe  
504. Entalhe  
505. Entalhe  
506. Entalhe  
507. Entalhe  
508. Entalhe  
509. Entalhe  
510. Entalhe  
511. Entalhe  
512. Entalhe  
513. Entalhe  
514. Entalhe  
515. Entalhe  
516. Entalhe  
517. Entalhe  
518. Entalhe  
519. Entalhe  
520. Entalhe  
521. Entalhe  
522. Entalhe  
523. Entalhe  
524. Entalhe  
525. Entalhe  
526. Entalhe  
527. Entalhe  
528. Entalhe  
529. Entalhe  
530. Entalhe  
531. Entalhe  
532. Entalhe  
533. Entalhe  
534. Entalhe  
535. Entalhe  
536. Entalhe  
537. Entalhe  
538. Entalhe  
539. Entalhe  
540. Entalhe  
541. Entalhe  
542. Entalhe  
543. Entalhe  
544. Entalhe  
545. Entalhe  
546. Entalhe  
547. Entalhe  
548. Entalhe  
549. Entalhe  
550. Entalhe  
551. Entalhe  
552. Entalhe  
553. Entalhe  
554. Entalhe  
555. Entalhe  
556. Entalhe  
557. Entalhe  
558. Entalhe  
559. Entalhe  
560. Entalhe  
561. Entalhe  
562. Entalhe  
563. Entalhe  
564. Entalhe  
565. Entalhe  
566. Entalhe  
567. Entalhe  
568. Entalhe  
569. Entalhe  
570. Entalhe  
571. Entalhe  
572. Entalhe  
573. Entalhe  
574. Entalhe  
575. Entalhe  
576. Entalhe  
577. Entalhe  
578. Entalhe  
579. Entalhe  
580. Entalhe  
581. Entalhe  
582. Entalhe  
583. Entalhe  
584. Entalhe  
585. Entalhe  
586. Entalhe  
587. Entalhe  
588. Entalhe  
589. Entalhe  
590. Entalhe  
591. Entalhe  
592. Entalhe  
593. Entalhe  
594. Entalhe  
595. Entalhe  
596. Entalhe  
597. Entalhe  
598. Entalhe  
599. Entalhe  
600. Entalhe  
601. Entalhe  
602. Entalhe  
603. Entalhe  
604. Entalhe  
605. Entalhe  
606. Entalhe  
607. Entalhe  
608. Entalhe  
609. Entalhe  
610. Entalhe  
611. Entalhe  
612. Entalhe  
613. Entalhe  
614. Entalhe  
615. Entalhe  
616. Entalhe  
617. Entalhe  
618. Entalhe  
619. Entalhe  
620. Entalhe  
621. Entalhe  
622. Entalhe  
623. Entalhe  
624. Entalhe  
625. Entalhe  
626. Entalhe  
627. Entalhe  
628. Entalhe  
629. Entalhe  
630. Entalhe  
631. Entalhe  
632. Entalhe  
633. Entalhe  
634. Entalhe  
635. Entalhe  
636. Entalhe  
637. Entalhe  
638. Entalhe  
639. Entalhe  
640. Entalhe  
641. Entalhe  
642. Entalhe  
643. Entalhe  
644. Entalhe  
645. Entalhe  
646. Entalhe  
647. Entalhe  
648. Entalhe  
649. Entalhe  
650. Entalhe  
651. Entalhe  
652. Entalhe  
653. Entalhe  
654. Entalhe  
655. Entalhe  
656. Entalhe  
657. Entalhe  
658. Entalhe  
659. Entalhe  
660. Entalhe  
661. Entalhe  
662. Entalhe  
663. Entalhe  
664. Entalhe  
665. Entalhe  
666. Entalhe  
667. Entalhe  
668. Entalhe  
669. Entalhe  
670. Entalhe  
671. Entalhe  
672. Entalhe  
673. Entalhe  
674. Entalhe  
675. Entalhe  
676. Entalhe  
677. Entalhe  
678. Entalhe  
679. Entalhe  
680. Entalhe  
681. Entalhe  
682. Entalhe  
683. Entalhe  
684. Entalhe  
685. Entalhe  
686. Entalhe  
687. Entalhe  
688. Entalhe  
689. Entalhe  
690. Entalhe  
691. Entalhe  
692. Entalhe  
693. Entalhe  
694. Entalhe  
695. Entalhe  
696. Entalhe  
697. Entalhe  
698. Entalhe  
699. Entalhe  
700. Entalhe  
701. Entalhe  
702. Entalhe  
703. Entalhe  
704. Entalhe  
705. Entalhe  
706. Entalhe  
707. Entalhe  
708. Entalhe  
709. Entalhe  
710. Entalhe  
711. Entalhe  
712. Entalhe  
713. Entalhe  
714. Entalhe  
715. Entalhe  
716. Entalhe  
717. Entalhe  
718. Entalhe  
719. Entalhe  
720. Entalhe  
721. Entalhe  
722. Entalhe  
723. Entalhe  
724. Entalhe  
725. Entalhe  
726. Entalhe  
727. Entalhe  
728. Entalhe  
729. Entalhe  
730. Entalhe  
731. Entalhe  
732. Entalhe  
733. Entalhe  
734. Entalhe  
735. Entalhe  
736. Entalhe  
737. Entalhe  
738. Entalhe  
739. Entalhe  
740. Entalhe  
741. Entalhe  
742. Entalhe  
743. Entalhe  
744. Entalhe  
745. Entalhe  
746. Entalhe  
747. Entalhe  
748. Entalhe  
749. Entalhe  
750. Entalhe  
751. Entalhe  
752. Entalhe  
753. Entalhe  
754. Entalhe  
755. Entalhe  
756. Entalhe  
757. Entalhe  
758. Entalhe  
759. Entalhe  
760. Entalhe  
761. Entalhe  
762. Entalhe  
763. Entalhe  
764. Entalhe  
765. Entalhe  
766. Entalhe  
767. Entalhe  
768. Entalhe  
769. Entalhe  
770. Entalhe  
771. Entalhe  
772. Entalhe  
773. Entalhe  
774. Entalhe  
775. Entalhe  
776. Entalhe  
777. Entalhe  
778. Entalhe  
779. Entalhe  
780. Entalhe  
781. Entalhe  
782. Entalhe  
783. Entalhe  
784. Entalhe  
785. Entalhe  
786. Entalhe  
787. Entalhe  
788. Entalhe  
789. Entalhe  
790. Entalhe  
791. Entalhe  
792. Entalhe  
793. Entalhe  
794. Entalhe  
795. Entalhe  
796. Entalhe  
797. Entalhe  
798. Entalhe  
799. Entalhe  
800. Entalhe  
801. Entalhe  
802. Entalhe  
803. Entalhe  
804. Entalhe  
805. Entalhe  
806. Entalhe  
807. Entalhe  
808. Entalhe  
809. Entalhe  
810. Entalhe  
811. Entalhe  
812. Entalhe  
813. Entalhe  
814. Entalhe  
815. Entalhe  
816. Entalhe  
817. Entalhe  
818. Entalhe  
819. Entalhe  
820. Entalhe  
821. Entalhe  
822. Entalhe  
823. Entalhe  
824. Entalhe  
825. Entalhe  
826. Entalhe  
827. Entalhe  
828. Entalhe  
829. Entalhe  
830. Entalhe  
831. Entalhe  
832. Entalhe  
833. Entalhe  
834. Entalhe  
835. Entalhe  
836. Entalhe  
837. Entalhe  
838. Entalhe  
839. Entalhe  
840. Entalhe  
841. Entalhe  
842. Entalhe  
843. Entalhe  
844. Entalhe  
845. Entalhe  
846. Entalhe  
847. Entalhe  
848. Entalhe  
849. Entalhe  
850. Entalhe  
851. Entalhe  
852. Entalhe  
853. Entalhe  
854. Entalhe  
855. Entalhe  
856. Entalhe  
857. Entalhe  
858. Entalhe  
859. Entalhe  
860. Entalhe  
861. Entalhe  
862. Entalhe  
863. Entalhe  
864. Entalhe  
865. Entalhe  
866. Entalhe  
867. Entalhe  
868. Entalhe  
869. Entalhe  
870. Entalhe  
871. Entalhe  
872. Entalhe  
873. Entalhe  
874. Entalhe  
875. Entalhe  
876. Entalhe  
877. Entalhe  
878. Entalhe  
879. Entalhe  
880. Entalhe  
881. Entalhe  
882. Entalhe  
883. Entalhe  
884. Entalhe  
885. Entalhe  
886. Entalhe  
887. Entalhe  
888. Entalhe  
889. Entalhe  
890. Entalhe  
891. Entalhe  
892. Entalhe  
893. Entalhe  
894. Entalhe  
895. Entalhe  
896. Entalhe  
897. Entalhe  
898. Entalhe  
899. Entalhe  
900. Entalhe  
901. Entalhe  
902. Entalhe  
903. Entalhe  
904. Entalhe  
905. Entalhe  
906. Entalhe  
907. Entalhe  
908. Entalhe  
909. Entalhe  
910. Entalhe  
911. Entalhe  
912. Entalhe  
913. Entalhe  
914. Entalhe  
915. Entalhe  
916. Entalhe  
917. Entalhe  
918. Entalhe  
919. Entalhe  
920. Entalhe  
921. Entalhe  
922. Entalhe  
923. Entalhe  
924. Entalhe  
925. Entalhe  
926. Entalhe  
927. Entalhe  
928. Entalhe  
929. Entalhe  
930. Entalhe  
931. Entalhe  
932. Entalhe  
933. Entalhe  
934. Entalhe  
935. Entalhe  
936. Entalhe  
937. Entalhe  
938. Entalhe  
939. Entalhe  
940. Entalhe  
941. Entalhe  
942. Entalhe  
943. Entalhe  
944. Entalhe  
945. Entalhe  
946. Entalhe  
947. Entalhe  
948. Entalhe  
949. Entalhe  
950. Entalhe  
951. Entalhe  
952. Entalhe  
953. Entalhe  
954. Entalhe  
955. Entalhe  
956. Entalhe  
957. Entalhe  
958. Entalhe  
959. Entalhe  
960. Entalhe  
961. Entalhe  
962. Entalhe  
963. Entalhe  
964. Entalhe  
965. Entalhe  
966. Entalhe  
967. Entalhe  
968. Entalhe  
969. Entalhe  
970. Entalhe  
971. Entalhe  
972. Entalhe  
973. Entalhe  
974. Entalhe  
975. Entalhe  
976. Entalhe  
977. Entalhe  
978. Entalhe  
979. Entalhe  
980. Entalhe  
981. Entalhe  
982. Entalhe  
983. Entalhe  
984. Entalhe  
985. Entalhe  
986. Entalhe  
987. Entalhe  
988. Entalhe  
989. Entalhe  
990. Entalhe  
991. Entalhe  
992. Entalhe  
993. Entalhe  
994. Entalhe  
995. Entalhe  
996. Entalhe  
997. Entalhe  
998. Entalhe  
999. Entalhe  
1000. Entalhe

25/07/2020

## → EC-Erweiterung Administrativer

Data da Internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:13

SUS Sistema Único do Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>					2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO AVULSO/ATENDIMENTO <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>					4 - CNES <b>2362856</b>	
Identificação do Paciente					5 - N. DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <b>EWERSON OLEGARIO FERREIRA</b>					2193753	
7 - CARTÃO DO SUS <b>706908158252538</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>01/07/1998</b>		9 - SENHA Nome: <b>EW</b> Tele: <b>00</b>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA</b>					11 - TELEFONE DE CONTA Nº: <b>83 99175906</b>	
12 - ENDERECO (RUA, N. BARRA) <b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b>					13 - CEP <b>250400</b>	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		15 - COD. INSC. FISCALE <b>58400092</b>		16 - UF <b>PB</b>		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD</b>						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE CIRURGIA</b>						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/ESPECIAIS/EXAMES DE SEGUIMENTO <b>RADIOGRAFIAS - EXAME FÍSICO</b>						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA</b>		21 - CÓD. DE PROBLEMA ICD-10-TR95-TRAE		22 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO ICD-10-CM-CD-9-CM-10		23 - CÓD. DE CAUSAS ASSOCIADAS ICD-10-CM-CD-9-CM-10
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ICD-10-CM-CD-9-CM-10						
25 - CLÍNICA INSCRIÇÃO <b>002</b>		26 - DOCUMENTO ICAE/CFN <b>704304514628896</b>		27 - N. DOCUMENTO/CÓD. DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>2000</b>		
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FÁBIO MARCOS CRISPIM LIMA</b>		29 - DATA DE SOLICITAÇÃO <b>25/07/2020</b>		30 - ASSINATURA E CRÉDITO DO CONSELHEIRO DO CONSELHO <b>2000</b>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - 1 - ESPÉCIE SEGURADORA		35 - N. BORRACHA		36 - SÉRIE
34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO						
35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ EMPRESA		37 - CNPJ DA EMPRESA		38 - CÓD. ORGÃO
41 - ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA 1 - EMPREGADO 1 - EMPREGADOR		42 - AUTONÔMICO		43 - DESENTRALIZADO		44 - PRESENTE
45 - DOCUMENTO		46 - N. DOCUMENTO NO PÉ DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		47 - ASSINATURA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (DESENTRALIZADA)		



25/07/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:12

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>																																				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</td> <td>2 - CNES</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b></td> <td>2362856</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCLAVANTE</td> <td>4 - CNES</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b></td> <td>2362856</td> </tr> </table>					1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCLAVANTE		4 - CNES	<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856																						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES																																				
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856																																				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCLAVANTE		4 - CNES																																				
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856																																				
<b>Identificação do Paciente</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">5 - NOME DO PACIENTE</td> <td>6 - N° DO PRONTUÁRIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EVERTON OLEGARIO FERREIRA</b></td> <td>2193753</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 - CARTÃO DO SUS</td> <td>8 - DATA DE NASCIMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">706908158252538</td> <td>01/07/1998</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9 - SEXO</td> <td>10 - TELEFONE DE CELULAR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Masculino</td> <td>83 99175906</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL</td> <td>12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRIO)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA</td> <td><b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</td> <td>14 - COD. CID</td> <td>15 - UF</td> <td>16 - CEP</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Campina Grande</td> <td>250400</td> <td>PB</td> <td>58400002</td> </tr> </table>					5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	<b>EVERTON OLEGARIO FERREIRA</b>		2193753	7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	706908158252538		01/07/1998	9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CELULAR	Masculino		83 99175906	11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRIO)	ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA		<b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b>	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. CID	15 - UF	16 - CEP	Campina Grande		250400	PB	58400002
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO																																				
<b>EVERTON OLEGARIO FERREIRA</b>		2193753																																				
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO																																				
706908158252538		01/07/1998																																				
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CELULAR																																				
Masculino		83 99175906																																				
11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRIO)																																				
ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA		<b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b>																																				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. CID	15 - UF	16 - CEP																																		
Campina Grande		250400	PB	58400002																																		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>																																						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD</b>																																						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE CIRURGIA</b>																																						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <b>RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO</b>																																						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS																																		
<b>FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA</b>																																						
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>																																						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO																																						
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE																																		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - CNS	29 - CPF 704304514628896																																		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) DO CONSELHO	33 - DATA																																		
<b>FABIO MARCOS CRISPIM LIMA</b>		30/07/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) DO CONSELHO	33 - DATA																																		
34 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS INTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)																																						
35 - 1) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE																																		
34 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO																																						
35 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - UNIDADE DA EMPRESA	41 - CEP																																		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA																																						
1 - EMPREGADO		1 - AUTÔNOMO	1 - DESEMPREGADO	1 - EXPOSENTARIO																																		
2 - EMPREGADOR		3 - EMPREGADOR	4 - EMPREGADOR	5 - NÃO SEGURO																																		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>																																						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR																																			
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR																																				
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR																																				
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) CONSELHO																																				
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) CONSELHO																																				

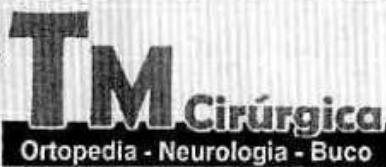


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018

Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 12



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE

CEP: 53.060-070 - [www.tmcirurgica.com.br](http://www.tmcirurgica.com.br)

09867

Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

**PEDIDO DE EATURAMENTO**

**NOME DO HOSPITAL**

## HOSPITAL DE TEGUAN

GRADE

TEL / FAX / E-MAIL

---

**NAME DO PACIENTE**

**EWEN SW 216-0017-001**

NE DO FRONTEIRÃO

• 108 •

### END PROCEDIMENTO

СОМБИО

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

Trat. 1912. 22 Feb. Dr. G. M. C. H. H. Esq.

---

**DATA DA AUTUAÇÃO**

**DATA DA COMUNICAÇÃO**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

BRITISH OILS

† Dr. West Jr.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo  
M.º 123456789 - MOLÓGIA  
CRM - PB 18925



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



لکھنؤ

جبله ٢٥ نون ١٤٣٥ هـ. مکتبہ مسیحیہ کراچی، پاکستان  
جبله ٢٥ نون ١٤٣٥ هـ. مکتبہ مسیحیہ کراچی، پاکستان  
جبله ٢٥ نون ١٤٣٥ هـ. مکتبہ مسیحیہ کراچی، پاکستان  
جبله ٢٥ نون ١٤٣٥ هـ. مکتبہ مسیحیہ کراچی، پاکستان

155

二〇

- 10

18

40

۵۰

۱۴

7 10

४८

2.2. *Aspergillus* 2257 MT 10  
new, fr. 1000 24

جیسا کوئی

4

٤٥

— 51401 —

۱۱۳



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Euerson Oliveira Fernreira</i> D.O. 01/07/1998 QI <i>Sala 05</i> CONVÉNIO <i>SUS</i> IDADE <i>22</i> REGISTRO <i>219.37.53</i> CIRURGIA <i>Tipo Cirurg. Mat. de clavícula</i> CIRURGÃO <i>Dr. Amaro + Dr. Wagner</i> ANESTESIA <i>Bloqueo Pleno</i> ANESTESIA <i>Dr. Humberto</i> Dr. Nathan INSTRUMENTADORA <i>Ramona</i> DATA <i>31/07/2020</i> INÍCIO <i>11:00</i> FIM <i>12:20</i>					 <small>SECRETARIA DE SAÚDE (Re) + Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</small>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	Compreesa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.	Compreesa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.	Coloide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ ossos		
	Invermor <i>localizacina</i>	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercalina <i>ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Nusalin <i>anestesia</i>	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protoido 1ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelcon ml	Gase Pacote c. 10 unidades		Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon 2.0		
	Thiobenbutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracnum amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix		
02	Aqua Destilada amp	01	Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix		
	Decadron amp	01	Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix		
	Dipirona amp	04	Luvas 7.0	Vicryl Sertix	01	
	Flaxidol amp	04	Luvas 7.5	Vicryl Sertix	03	
	Flebocortid amp		Luvas 8.0	Vicryl Sertix		
	Geramicina amp		Luvas 8.5			
	Glicose amp	0	Oxigênio ml			
	Glucos de Cálcio amp		Polifix			
	Haemacel ml	015	PVP Degemante ml			
	Heparina ml		PVP Topico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakin amp	015	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp	05	Saco coletor		SG Gelo fr 500 ml	
	Medrolinaçol	05	Seringa cesc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasti amp	03	Seringa cesc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa cesc. 05 ml	01	SG fr 500 ml p/ lavar	
	Revylan amp		Sonda			
	Stiptanion amp		Sonda Jolley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina tg		Sonda Nasogástrica	01	Placa reabsorvível 3.5	
02	<i>celulofina</i>		Sonda Urétral n°		+ Fim.	
02	<i>nitrofendine</i>		Steridrem ml	05	Ponto. cat. cur	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torreirinha			
02	Aguha desc. 25x2	01	Vaseline ml			
	Aguha desc. 28 x 28	01	Galcon 18.20			
	Aguha desc. 3 x 4.5		Latese			
	Aguha p/ raque n°	05	elétricas			
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Adubas de Crepon					
	Adubas de Gessada					
	al malhado mm					
					EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Oxícamografo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						

**FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ( ) ELETIVA ( ) JURG/EME**

E: <i>Exame de Olho</i> Operativo Toracico		DATA:
E CHEGADA NO CC:		HORA:
GIA PROGRAMADA:		CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:
<b>ACOLHIMENTO</b>		
FADÔ GERAL: <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> COMPROMETIDO <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> BOM REPARO: <input type="checkbox"/> JEJUM TEMPO DE JEJUM: <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PRÓTESES <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ADORNOS ACESSO VENOSO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC LOCAL: <i>AV</i> VENTILAÇÃO: <input type="checkbox"/> MARCASSO <input type="checkbox"/> INTUBADO <input type="checkbox"/> TQT ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IDIOPATICO <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> MARCAPASSO <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> TABAGISTA <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE: <i>11/80</i> DEVIDO À:		
MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NOME:		
RESERVAS SANGUÍNEAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> CONC. HEMÁCIAS <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO QUANDO:		
CIRURGIAS ANTERIORES:		
EXAMES <input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> EX. LAB. <i>Plaio-X</i> <input type="checkbox"/> USG <i>Abd</i> <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA PRE-OPERATÓRIOS: <input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO: <input type="checkbox"/> PARA CIRURGIA <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> OUTROS:		
NECESSITA DE MARCAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <input type="checkbox"/> PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS DE LATERALIDADE:		
<b>PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</b>		
O PACIENTE CONFIRMA: <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIDADE <input type="checkbox"/> LOCAL DO PROCEDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO		ALERGIAS CONHECIDAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM, DEVIDO A: <i>Alergia</i>
<input checked="" type="checkbox"/> CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO		RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
RISCOS: <input type="checkbox"/> PERDA SANGUÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
OBSERVAÇÕES: <i>abd clarejo - Dipirona</i>		ACOLHIDO POR: <i>Alvaro Tchm</i> 436755 <i>Assinatura</i> CRÉDITOS:

<b>TRANSOPERATÓRIO</b>			SALA: 03
CIRURGIÃO: <i>Dr. Amaro</i>	AUXILIAR: <i>Dr. Amaro (Av) + NPT NATION</i>	ANESTELOGISTA: <i>Dr. Humberto</i>	ANESTESIA: <i>Abn</i>
CIRCULANTE: <i>WILSON</i>			
POSICIONAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> DECÚBITO DORSAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO VENTRAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA <input type="checkbox"/> GENULITORAL <input type="checkbox"/> OUTRAS:			
PLACA DE BISTURI:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:	<i>Abd</i>
EQUIPAMENTOS: <input type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> MICROSCOPIO <input checked="" type="checkbox"/> TORRE VDL <input type="checkbox"/> JARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> LASER <input type="checkbox"/> OUTROS:			
USO DE COXINS:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:	
<b>SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM <input type="checkbox"/> PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <i>1h</i> <input type="checkbox"/> PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA <input type="checkbox"/> LOCAL DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> NOME DO PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA PROGRAMADA <input checked="" type="checkbox"/> PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.	

<b>MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA</b>				
HORA: <i>11:00</i>	<i>fundoplicante 51.000 mg</i>			HORA:
HORA: <i>11:00</i>	<i>Uma dose final de 1000 mg</i>			HORA:
HORA: <i>11:00</i>	<i>Naeritabs, 1000 mg</i>			HORA:
HORA:				
HORÁRIO	PA	FC	SPO2	
ADMISSÃO NA S.O.: <i>11:00</i>	<i>135 x 70</i>	<i>52</i>	<i>97%</i>	
FIM DA CIRURGIA: <i>12:00</i>	<i>180 x 110</i>	<i>92</i>	<i>96</i>	

<b>PROCEDIMENTOS</b>		REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
<input type="checkbox"/> TOT n.º <i>1</i>	<input type="checkbox"/> ISNG n.º <i>1</i>	<input type="checkbox"/> SNE n.º <i>1</i>	<input type="checkbox"/> PENROSE LATEX <input type="checkbox"/> PENROSE SILICONE
<input type="checkbox"/> ACESSO CENTRAL TIPO: <i>local:</i>			<input type="checkbox"/> WATERMAN <input type="checkbox"/> BLAKE
<input type="checkbox"/> AVP: <i>CATETER N.º</i>			<input type="checkbox"/> GUEDEL <input type="checkbox"/> SUÇÃO
<input type="checkbox"/> PAM CATETER N.º <i>local:</i>			<input type="checkbox"/> DRENO TORACICO <input type="checkbox"/> DRENO DE MEDIASTINO
<input type="checkbox"/> SVD n.º <i>BALÃO COM ml ABD</i> <input type="checkbox"/> SVA			<input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO VESICAL
<b>TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</b>			
( ) NOME DO PROCEDIMENTO: <i>To. Cirurg. Flot. clav. navel</i> ( ) PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE: <i>E</i>		<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE COMPRESSAS <input type="checkbox"/> MATERIAIS PARA EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL:	







*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/07/2020  
Horas da Impressão: 12:15:19  
Médico (a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

5-1

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Sexo: M

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	01
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML EV. 01 FRASCO 24/24 HORAS	10
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR EV. 01 FRA AMP, 12h/12h 00/20 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18.06
4	ONDANSETRÔNA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV. 01 AMPOLA, 8h/8h	19.06.06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV. 1 AMPOLA, 8h/8h	19.06.06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	03
7	CURATIVOS 12h/12h	01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 19

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022 Sexo: M

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Admissão: 25/07/2020 DHU - 7

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

**DIA 01/08/2020**

**MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /**

Item	Prescrição	Apuramento
1	<b>DIETA LIVRE</b>	
2	<b>SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. DIFRASCO,</b> 24/24HORAS	
3	<b>CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. DIFRA AMP,</b> 12h:12h ID:2D	
4	<b>RECONSTITUIR 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF</b>	
5	<b>ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 8h:8h</b>	
6	<b>TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h:8h</b>	
7	<b>CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais</b>	
8	<b>CURATIVOS 12h:12h</b>	

### EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2020 HORA: 09:40:19

**PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DEVIDO A FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SEM INTERCORRENCIAS**  
**CD: ALTA HOSPITALAR VIDE RESUMO DE ALTA**

**ASSINATURA + CARAMBO**

Nattan Santos Rozendo De Oliveira





4. Goldbach's Conjecture  
exists two odd numbers  
such that their sum  
is a prime number.

NOME DO PACIENTE		1	/	as	hs		
Centro cirúrgico						<input checked="" type="checkbox"/> Pôr hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> A receta / <input checked="" type="checkbox"/> Infecção médica	
Internação (setor)						<input checked="" type="checkbox"/> Outra	
Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL							
<b>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</b> <i>João Henrique Cipriano</i>							

卷之三

97

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051502031290000037317018>  
Número do documento: 2102051502031290000037317018

Num. 39147708 - Pág. 23



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**NPR9484****2010**

\*\*\*\*\*

**Imprimir Consulta****NPR9484**Último Licenciamento: **2010**

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: **NPR9484**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX K**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**Ano de Fabricação: **2010**Ano Modelo: **2010**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **30/06/2020**

Observação:

Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**

Financeira: #####

Município: **PATOS**Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**Data da Consulta: **16/10/2020****PASSA / MOTOCICLETA****ALCO/GASOL****HONDA/CG 150 TITAN MIX K****2010 2010****PARTICULAR PRETA****30/06/2020****ALIENACAO FIDUCIARIA****PATOS****16/10/2020**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389482      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EWERTON OLEGARIO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/07/2020      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389482      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EWERTON OLEGARIO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/07/2020      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 27

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309195/20

**Vítima:** EWERSON OLEGARIO FERREIRA

**CPF:** 700.441.254-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/07/2020

**Titular do CPF:** EWERSON OLEGARIO FERREIRA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**EWERSON OLEGARIO FERREIRA : 700.441.254-70**

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](http://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: 29/10/2020  
Nome: EWERSON OLEGARIO FERREIRA  
CPF: 700.441.254-70

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020312900000037317018>  
Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 28



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200389482**      **Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA**

**Data do Acidente: 25/07/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EWERSON OLEGARIO FERREIRA**

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 ombros

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: EWERSON OLEGARIO FERREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000003445-2**

**Conta: 000000005869-6**

**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](http://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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *30044125470 Ewerson Olegário Ferreira*

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

5 - Nome completo: <i>Ewerson Olegário Ferreira</i>	6 - CPF: <i>300.441.254-70</i>		
7 - Profissão: <i>Recluso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Antônio Barbosa</i>	9 - Número: <i>56</i>	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Três Irmãos</i>	12 - Cidade: <i>Companhia Grande</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58423-700</i>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>83988056654</i>	

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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"/> 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)

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *3445* CONTA: *6005869* (6)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? Vivos: <i>Falecidos:</i>	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <i>Falecidos:</i>	30 - Vítima deixou residuo (varoncelo)? <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: <i>Falecidos:</i>	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Informações  
delecionadas  
informações  
de 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)

40 - Local e Data, *Volta Redonda 01.10.2020*

*Ewerson O. Ferreira*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
5<sup>ª</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00334.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00334.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:03 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ewerson Olegario Ferreira**, conhecido(a) por Ewerson, CPF nº 700.441.254-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Ana Maria Tolentino Olegario Ferreira e Alemburg Ferreira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/07/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Antônio Barbosa, Nº 56, complemento CASA, bairro Malvinas, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Carlos Dumont, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Manoel de Freitas Ramos, nº S/N, Via Pública. Próximo Ao Mercado Henrique, Campina Grande/PB, bairro Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/07/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **Objeto(s) Envolvido(s):**

**(1) Moto**, modelo CG 125 TITAN MIX KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NPR-9484, chassi 9C2KC1610AR036072, renavam 20855645-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM FIO DA REDE ELÉTRICA QUE FOI ROMPIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO MUITO ALTO QUE NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Assinado em 15/10/2020

Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1º Superintendência Regional de Polícia Civil  
5º Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 14 de outubro de 2020.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
EWERSON OLEGÁRIO FERREIRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020380600000037317019>  
Número do documento: 21020515020380600000037317019

Num. 39147709 - Pág. 4



## 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
30044125470 Ewerson Olegário Ferreira

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

5 - Nome completo: Ewerson Olegário Ferreira 6 - CPF: 300.441.254-70  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Antônio Barbosa 9 - Número: 56 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Três Irmãos 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58423-700  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83988056654

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3445 CONTA: 6005869 (6)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

Informações  
delecionadas  
informações  
beneficiários  
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 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 01.10.2020

João Pessoa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03445-2

CONTA: 00000005869-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO25112020050000000002370344500000005869168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020380600000037317019>

Número do documento: 21020515020380600000037317019

Num. 39147709 - Pág. 6

Boleto para simples pagamento à vista  
descontado da fatura de energia. N° 007.618.952

Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.820.396/0001-05 Inscrição 16.000.839-1

DETALHES DO CLIENTE:

**JOSEFA GOMES DE FARIAS**

RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492  
CAMPINA GRANDE

 N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA  
**4/83406-9**

 [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)  @energisa

 REFERÊNCIA  
**SET/2020**

 ARRESENTAÇÃO  
**18/09/2020**

 CONSUMO  
**128 kWh**

 VENCIMENTO  
**25/09/2020**

 TOTAL A PAGAR  
**R\$ 105,61**

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03269.641001 00299.859173 1 83890000010561				VENCIMENTO	25/09/2020	
LOCAL DE PAGAMENTO:	PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL						TIPO	ABERTO/CONTO BANCÁRIO	
CONTRIBUINTE:	ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA						DE	5255670001-65	
ENDEREÇO:	AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700						NOSSO NÚMERO	3289641000299859	
DATA DO DOCUMENTO:	18/09/2020	N. DOCUMENTO:	00000000-2020-09-6	ESPECIE/DS:	DS	ACÉITE:	N	DATA DO PROCESSAMENTO:	18/09/2020
								VALOR DO DOCUMENTO	<b>105,61</b>
								VALOR DE PAGAMENTO:	
								VALOR DE PAGAMENTO:	
INSTRUÇÕES:	OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA.								
	TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO.								
	NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.								
PAISAGEM:	JOSEFA GOMES DE FARIAS						CPF/CNPJ:	031.746.514-64	
	RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492						CAMPINA GRANDE (AG: 491)		
	BACONDO/ANL/RTA						REG. DE BANCA:		



INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO:

[Ficha de Compensação](#)

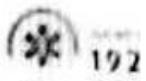


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020380600000037317019>  
Número do documento: 21020515020380600000037317019

Num. 39147709 - Pág. 7



Estado de Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande - PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU - Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 22/07/2020	<b>HORA:</b> 15:16 HRS	<b>MS:</b> 260106
<b>NOME:</b>	EMERSON OLIVEIRA FERREIRA	
<b>OLÍVIA:</b>	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
<b>LOCAL:</b>	RUA MANUEL DE FREITAS RAMOS - CRUZEIRO	
<b>COMPLEMENTO:</b>	PROXIMO A VILA DE ALFREDO NEVES	
<b>CIDADE:</b>	CAMPINA GRANDE / PB	

### DADOS DA REMOÇÃO

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma

Campina Grande, 31 de julho de 2020

Delegado de Plantão  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande - PB  
fone: (83) 3322-5207 - 3322-5191



01/08/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08 778 268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 3700 - Mâlvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58132-309  
Boleto Nômico: Encartação (B.E) - Modelo 03 Data: 01/08/2020

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Data da Internação: 25/07/2020 Data da Alta: 01/08/2020

Registro: 2193753

Tempo de Permanência: -18469

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTSESE Data:

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

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 ITINERÇOES

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MPEDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, ARFLEX RETARD

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/08/2020

Assinatura/Carimbo  
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020380600000037317019>  
Número do documento: 21020515020380600000037317019

Num. 39147709 - Pág. 9



25/07/2020

## → EC-Erweiterung Administrativer

Data da Internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:13

SUS Sistema Único do Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>					2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO AVULSO/ATENDIMENTO <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>					4 - CNES <b>2362856</b>	
Identificação do Paciente					5 - N. DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <b>EWERSON OLEGARIO FERREIRA</b>					2193753	
7 - CARTÃO DO SUS <b>706908158252538</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>01/07/1998</b>		9 - SENHA Nome: <b>EW</b> Tele: <b>00</b>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA</b>					11 - TELEFONE DE CONTA Nº: <b>83 99175906</b>	
12 - ENDERECO (RUA, N. BARRA) <b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b>					13 - CEP <b>250400</b>	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		15 - COD. INSC. FISCALE <b>58400092</b>		16 - UF <b>PB</b>		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD</b>						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE CIRURGIA</b>						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/ESPECIAIS/EXAMES DE SEGUIMENTO <b>RADIOGRAFIAS - EXAME FÍSICO</b>						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA</b>		21 - CÓD. DE PROBLEMA ICD-10-TR95-TRAE		22 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO ICD-10-CM-CD-9-CM-10		23 - CÓD. DE CAUSAS ASSOCIADAS ICD-10-CM-CD-9-CM-10
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ICD-10-CM-CD-9-CM-10						
25 - CLÍNICA INSCRIÇÃO <b>02</b>		26 - DOCUMENTO ICAE/CFN <b>704304514628896</b>		27 - N. DOCUMENTO/CÓD. DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ICD-10-CM-CD-9-CM-10		
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FÁBIO MARCOS CRISPIM LIMA</b>		29 - DATA DE NASCIMENTO <b>25/07/2020</b>		30 - ASSINATURA E CRÉDITO DO CONSELHEIRO DO CONSELHO ICD-10-CM-CD-9-CM-10		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - 1 - ESPÉCIE SEGURADORA		35 - N. BORRACHA		36 - SÉRIE
34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ/EMPRESA		38 - CNPJ DA EMPRESA		39 - CÓD. ORGÃO
35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - AUTONÔMICO		41 - DESENTRALIZADO		42 - NÃO SEGURO
43 - ATACOLO COM A PREVIDÊNCIA 1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR		44 - AUTONÔMICO		45 - DESENTRALIZADO		46 - NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO						
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - CÓD. ORGÃO/ELISSE		49 - ASSINATURA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO SUS/ESTADUAL		
50 - DOCUMENTO		51 - DOCUMENTO N.º PROFISSIONAL AUTORIZADOR				

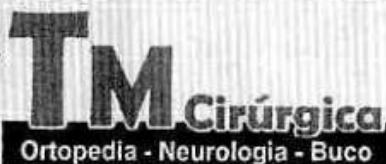


25/07/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:12

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>																																				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</td> <td>2 - CNES</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b></td> <td>2362856</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCLAVANTE</td> <td>4 - CNES</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b></td> <td>2362856</td> </tr> </table>					1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCLAVANTE		4 - CNES	<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856																						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES																																				
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856																																				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCLAVANTE		4 - CNES																																				
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2362856																																				
<b>Identificação do Paciente</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">5 - NOME DO PACIENTE</td> <td>6 - N° DO PRONTUÁRIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EVERTON OLEGARIO FERREIRA</b></td> <td>2193753</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 - CARTÃO DO SUS</td> <td>8 - DATA DE NASCIMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">706908158252538</td> <td>01/07/1998</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9 - SEXO</td> <td>10 - TELEFONE DE CELULAR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Masculino</td> <td>83 99175906</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL</td> <td>12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRIO)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA</td> <td><b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</td> <td>14 - COD. CID</td> <td>15 - UF</td> <td>16 - CEP</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Campina Grande</td> <td>250400</td> <td>PB</td> <td>58400002</td> </tr> </table>					5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	<b>EVERTON OLEGARIO FERREIRA</b>		2193753	7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	706908158252538		01/07/1998	9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CELULAR	Masculino		83 99175906	11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRIO)	ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA		<b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b>	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. CID	15 - UF	16 - CEP	Campina Grande		250400	PB	58400002
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO																																				
<b>EVERTON OLEGARIO FERREIRA</b>		2193753																																				
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO																																				
706908158252538		01/07/1998																																				
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CELULAR																																				
Masculino		83 99175906																																				
11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRIO)																																				
ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA		<b>RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO</b>																																				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. CID	15 - UF	16 - CEP																																		
Campina Grande		250400	PB	58400002																																		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>																																						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD</b>																																						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE CIRURGIA</b>																																						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <b>RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO</b>																																						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS																																		
<b>FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA</b>																																						
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>																																						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO																																						
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE																																		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - CNS	29 - CPF 704304514628896																																		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) DO CONSELHO	33 - DATA																																		
<b>FABIO MARCOS CRISPIM LIMA</b>		30/07/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) DO CONSELHO	33 - DATA																																		
34 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)																																						
35 - 1) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE																																		
34 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO																																						
35 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - UNIDADE DA EMPRESA	41 - CEP																																		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA																																						
1 - EMPREGADO		1 - AUTÔNOMO	1 - DESEMPREGADO	1 - EXPOSENTARIO																																		
2 - EMPREGADOR		3 - EMPREGADO	4 - EXPOSENTARIO	5 - NÃO SEGURO																																		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>																																						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR																																			
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR																																				
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR																																				
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) CONSELHO																																				
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) CONSELHO																																				



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE

CEP: 53.060-070 - [www.tmcirurgica.com.br](http://www.tmcirurgica.com.br)

09867

Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

**NOME DO HOSPITAL**

## HOSPITAL DE LA TERRAZA

**GRADE**

TEL / FAX / E-MAIL

---

**NAME DO PACIENTE**

**EWEN SW 216-0017-001**

Nº DO FRONTUÁRIO

四百三

### END PROCEDIMENTO

СОМБОЛ

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTO REALIZADO  
TRAT. TÉRM. DE FEST. DIA COTIDIANA ESQ

DATA DA UTILIZAÇÃO

**DATA DA COMUNICAÇÃO**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

www.rosenmeier.com

7. 2. 1957 A

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Luiz Egito de Almeida  
MATERIAIS 724.1120.001  
CRM - PB 18925



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome <i>Euverma Oliveira Fernandes</i>			IDADE <i>72</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>-</i>
DATA <i>21/09/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
	TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>rrr + 2 - Auri</i>					ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO <i>rrr rr</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <i>Iguassu</i>		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES <i>o 2 (acetaminofeno)</i>					INDUÇÃO		
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
LÍQUIDOS					Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	
					Náuseas: _____	Vômitos: _____	
CÓGNOS VP. AP. O - PULSOS O - RESPIRAÇÃO ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					Outros: _____	MANUTENÇÃO	
					<i>Out. diazepam 25 mg</i>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					<i>2) butal 01 g</i>		
					<i>3) CP-gelone 3</i>		
POSIÇÃO					<i>4) Diazep 4</i>		
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
AGENTES					Não, por quê? _____		
					<i>2) Diazep 4</i>		
TÉCNICA					DESPERTAR		
					<i>6) (-) 27. 15g</i>		
OPERAÇÃO					Reflexos na SO: _____		
					Obstr.: _____	Co.: _____	Excit.: _____
CIRURGIÕES					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____	Com cânula: _____	
<i>Paro o Leito Sim _____ Não _____</i>							
<i>7) Bup 0,5g. 15g</i>							
CONDICÕES: _____							
<i>1) Diazep 4</i>							
<i>2) Diazep 4</i>							
<i>3) CP-gelone 3</i>							
<i>4) Diazep 4</i>							
<i>5) (-) 27. 15g</i>							
<i>6) (-) 27. 15g</i>							
<i>7) Bup 0,5g. 15g</i>							
<i>8) Diazep 4</i>							
<i>9) Diazep 4</i>							
<i>10) Diazep 4</i>							
<i>11) Diazep 4</i>							
<i>12) Diazep 4</i>							
<i>13) Diazep 4</i>							
<i>14) Diazep 4</i>							
<i>15) Diazep 4</i>							
<i>16) Diazep 4</i>							
<i>17) Diazep 4</i>							
<i>18) Diazep 4</i>							
<i>19) Diazep 4</i>							
<i>20) Diazep 4</i>							
<i>21) Diazep 4</i>							
<i>22) Diazep 4</i>							
<i>23) Diazep 4</i>							
<i>24) Diazep 4</i>							
<i>25) Diazep 4</i>							
<i>26) Diazep 4</i>							
<i>27) Diazep 4</i>							
<i>28) Diazep 4</i>							
<i>29) Diazep 4</i>							
<i>30) Diazep 4</i>							
<i>31) Diazep 4</i>							
<i>32) Diazep 4</i>							
<i>33) Diazep 4</i>							
<i>34) Diazep 4</i>							
<i>35) Diazep 4</i>							
<i>36) Diazep 4</i>							
<i>37) Diazep 4</i>							
<i>38) Diazep 4</i>							
<i>39) Diazep 4</i>							
<i>40) Diazep 4</i>							
<i>41) Diazep 4</i>							
<i>42) Diazep 4</i>							
<i>43) Diazep 4</i>							
<i>44) Diazep 4</i>							
<i>45) Diazep 4</i>							
<i>46) Diazep 4</i>							
<i>47) Diazep 4</i>							
<i>48) Diazep 4</i>							
<i>49) Diazep 4</i>							
<i>50) Diazep 4</i>							
<i>51) Diazep 4</i>							
<i>52) Diazep 4</i>							
<i>53) Diazep 4</i>							
<i>54) Diazep 4</i>							
<i>55) Diazep 4</i>							
<i>56) Diazep 4</i>							
<i>57) Diazep 4</i>							
<i>58) Diazep 4</i>							
<i>59) Diazep 4</i>							
<i>60) Diazep 4</i>							
<i>61) Diazep 4</i>							
<i>62) Diazep 4</i>							
<i>63) Diazep 4</i>							
<i>64) Diazep 4</i>							
<i>65) Diazep 4</i>							
<i>66) Diazep 4</i>							
<i>67) Diazep 4</i>							
<i>68) Diazep 4</i>							
<i>69) Diazep 4</i>							
<i>70) Diazep 4</i>							
<i>71) Diazep 4</i>							
<i>72) Diazep 4</i>							
<i>73) Diazep 4</i>							
<i>74) Diazep 4</i>							
<i>75) Diazep 4</i>							
<i>76) Diazep 4</i>							
<i>77) Diazep 4</i>							
<i>78) Diazep 4</i>							
<i>79) Diazep 4</i>							
<i>80) Diazep 4</i>							
<i>81) Diazep 4</i>							
<i>82) Diazep 4</i>							
<i>83) Diazep 4</i>							
<i>84) Diazep 4</i>							
<i>85) Diazep 4</i>							
<i>86) Diazep 4</i>							
<i>87) Diazep 4</i>							
<i>88) Diazep 4</i>							
<i>89) Diazep 4</i>							
<i>90) Diazep 4</i>							
<i>91) Diazep 4</i>							
<i>92) Diazep 4</i>							
<i>93) Diazep 4</i>							
<i>94) Diazep 4</i>							
<i>95) Diazep 4</i>							
<i>96) Diazep 4</i>							
<i>97) Diazep 4</i>							
<i>98) Diazep 4</i>							
<i>99) Diazep 4</i>							
<i>100) Diazep 4</i>							
<i>101) Diazep 4</i>							
<i>102) Diazep 4</i>							
<i>103) Diazep 4</i>							
<i>104) Diazep 4</i>							
<i>105) Diazep 4</i>							
<i>106) Diazep 4</i>							
<i>107) Diazep 4</i>							
<i>108) Diazep 4</i>							
<i>109) Diazep 4</i>							
<i>110) Diazep 4</i>							
<i>111) Diazep 4</i>							
<i>112) Diazep 4</i>							
<i>113) Diazep 4</i>							
<i>114) Diazep 4</i>							
<i>115) Diazep 4</i>							
<i>116) Diazep 4</i>							
<i>117) Diazep 4</i>							
<i>118) Diazep 4</i>							
<i>119) Diazep 4</i>							
<i>120) Diazep 4</i>							
<i>121) Diazep 4</i>							
<i>122) Diazep 4</i>							
<i>123) Diazep 4</i>							
<i>124) Diazep 4</i>							
<i>125) Diazep 4</i>							
<i>126) Diazep 4</i>							
<i>127) Diazep 4</i>							
<i>128) Diazep 4</i>							
<i>129) Diazep 4</i>							
<i>130) Diazep 4</i>							
<i>131) Diazep 4</i>							
<i>132) Diazep 4</i>							
<i>133) Diazep 4</i>							
<i>134) Diazep 4</i>							
<i>135) Diazep 4</i>							
<i>136) Diazep 4</i>							
<i>137) Diazep 4</i>							
<i>138) Diazep 4</i>							
<i>139) Diazep 4</i>							
<i>140) Diazep 4</i>							
<i>141) Diazep 4</i>							
<i>142) Diazep 4</i>							
<i>143) Diazep 4</i>							
<i>144) Diazep 4</i>							
<i>145) Diazep 4</i>							
<i>146) Diazep 4</i>							
<i>147) Diazep 4</i>							
<i>148) Diazep 4</i>							
<i>149) Diazep 4</i>							
<i>150) Diazep 4</i>							
<i>151) Diazep 4</i>							
<i>152) Diazep 4</i>							
<i>153) Diazep 4</i>							
<i>154) Diazep 4</i>							
<i>155) Diazep 4</i>							
<i>156) Diazep 4</i>							
<i>157) Diazep 4</i>							
<i>158) Diazep 4</i>							
<i>159) Diazep 4</i>							
<i>160) Diazep 4</i>							
<i>161) Diazep 4</i>							
<i>162) Diazep 4</i>							
<i>163) Diazep 4</i>							
<i>164) Diazep 4</i>							
<i>165) Diazep 4</i>							
<i>166) Diazep 4</i>							
<i>167) Diazep 4</i>							
<i>168) Diazep 4</i>							
<i>169) Diazep 4</i>							
<i>170) Diazep 4</i>							
<i>171) Diazep 4</i>							
<i>172) Diazep 4</i>							
<i>173) Diazep 4</i>							
<i>174) Diazep 4</i>							
<i>175) Diazep 4</i>							
<i>176) Diazep 4</i>							
<i>177) Diazep 4</i>							
<i>178) Diazep 4</i>							
<i>179) Diazep 4</i>							
<i>180) Diazep 4</i>							
<i>181) Diazep 4</i>							
<i>182) Diazep 4</i>							
<i>183) Diazep 4</i>							
<i>184) Diazep 4</i>							
<i>185) Diazep 4</i>							
<i>186) Diazep 4</i>							
<i>187) Diazep 4</i>							
<i>188) Diazep 4</i>							
<i>189) Diazep 4</i>							
<i>190) Diazep 4</i>							
<i>191) Diazep 4</i>							
<i>192) Diazep 4</i>							
<i>193) Diazep 4</i>							
<i>194) Diazep 4</i>							
<i>195) Diazep 4</i>							
<i>196) Diazep 4</i>							
<i>197) Diazep 4</i>							
<i>198) Diazep 4</i>							
<i>199) Diazep 4</i>							
<i>200) Diazep 4</i>							
<i>201) Diazep 4</i>							
<i>202) Diazep 4</i>							
<i>203) Diazep 4</i>							
<i>204) Diazep 4</i>							
<i>205) Diazep 4</i>							
<i>206) Diazep 4</i>							
<i>207) Diazep 4</i>							
<i>208) Diazep 4</i>							
<i>209) Diazep 4</i>							
<i>210) Diazep 4</i>							
<i>211) Diazep 4</i>							
<i>212) Diazep 4</i>							
<i>213) Diazep 4</i>							
<i>214) Diazep 4</i>							
<i>215) Diazep 4</i>							
<i>216) Diazep 4</i>							
<i>217) Diazep 4</i>							
<i>218) Diazep 4</i>							
<i>219) Diazep 4</i>							
<i>220) Diazep 4</i>							
<i>221) Diazep 4</i>							
<i>222) Diazep 4</i>							
<i>223) Diazep 4</i>							
<i>224) Diazep 4</i>							
<i>225) Diazep 4</i>							
<i>226) Diazep 4</i>							
<i>227) Diazep 4</i>							
<i>228) Diazep 4</i>							
<i>229) Diazep 4</i>							
<i>230) Diazep 4</i>							
<i>231) Diazep 4</i>							
<i>232) Diazep 4</i>							
<i>233) Diazep 4</i>							
<i>234) Diazep 4</i>							
<i>235) Diazep 4</i>							
<i>236) Diazep 4</i>							
<i>237) Diazep 4</i>							
<i>238) Diazep 4</i>							
<i>239) Diazep 4</i>							
<i>240) Diazep 4</i>							
<i>241) Diazep 4</i>							
<i>242) Diazep 4</i>							
<i>243) Diazep 4</i>							
<i>244) Diazep 4</i>							
<i>245) Diazep 4</i>							
<i>246) Diazep 4</i>							
<i>247) Diazep 4</i>							
<i>248) Diazep 4</i>							
<i>249) Diazep 4</i>							
<i>250) Diazep 4</i>							
<i>251) Diazep 4</i>							
<i>252) Diazep 4</i>							
<i>253) Diazep 4</i>							
<i>254) Diazep 4</i>							
<i>255) Diazep 4</i>							
<i>256) Diazep 4</i>							
<i>257) Diazep 4</i>							
<i>258) Diazep 4</i>							
<i>259) Diazep 4</i>							
<i>260) Diazep 4</i>							
<i>261) Diazep 4</i>							
<i>262) Diazep 4</i>							
<i>263) Diazep 4</i>							
<i>264) Diazep 4</i>							
<i>265) Diazep 4</i>							
<i>266) Diazep 4</i>							
<i>267) Diazep 4</i>							
<i>268) Diazep 4</i>							
<i>269) Diazep 4</i>							
<i>270) Diazep 4</i>							
<i>271) Diazep 4</i>							
<i>272) Diazep 4</i>							
<i>273) Diazep 4</i>							
<i>274) Diazep 4</i>							
<i>275) Diazep 4</i>							
<i>276) Diazep 4</i>							
<i>277) Diazep 4</i>							
<i>278) Diazep 4</i>							
<i>279) Diazep 4</i>							
<i>280) Diazep 4</i>							
<i>281) Diazep 4</i>							
<i>282) Diazep 4</i>							
<i>283) Diazep 4</i>							
<i>284) Diazep 4</i>							
<i>285) Diazep 4</i>							
<i>286) Diazep 4</i>							
<i>287) Diazep 4</i>							
<i>288) Diazep 4</i>							
<i>289) Diazep 4</i>							
<i>290) Diazep 4</i>							
<i>291) Diazep 4</i>							
<i>292) Diazep 4</i>							
<i>293) Diazep 4</i>							
<i>294) Diazep 4</i>							
<i>295) Diazep 4</i>							
<i>296) Diazep 4</i>							
<i>297) Diazep 4</i>							
<i>298) Diazep 4</i>							
<i>299) Diazep 4</i>							
<i>300) Diazep 4</i>							
<i>301) Diazep 4</i>							
<i>302) Diazep 4</i>							
<i>303) Diazep 4</i>							
<i>304) Diazep 4</i>							
<i>305) Diazep 4</i>							
<i>306) Diazep 4</i>							
<i>307) Diazep 4</i>							
<i>308) Diazep 4</i>							
<i>309) Diazep 4</i>							
<i>310) Diazep 4</i>							
<i>311) Diazep 4</i>							
<i>312) Diazep 4</i>							
<i>313) Diazep 4</i>							
<i>314) Diazep 4</i>							
<i>315) Diazep 4</i>							
<i>316) Diazep 4</i>							
<i>317) Diazep 4</i>							
<i>318) Diazep 4</i>							
<i>319) Diazep 4</i>							
<i>320) Diazep 4</i>							
<i>321) Diazep 4</i>							
<i>322) Diazep 4</i>							
<i>323) Diazep 4</i>							
<i>324) Diazep 4</i>							
<i>325) Diazep 4</i>							
<i>326) Diazep 4</i>							
<i>327) Diazep 4</i>							
<i>328) Diazep 4</i>							
<i>329) Diazep 4</i>							
<i>330) Diazep 4</i>							
<i>331) Diazep 4</i>							
<i>332) Diazep 4</i>							
<i>333) Diazep 4</i>							
<i>334) Diazep 4</i>							
<i>335) Diazep 4</i>							
<i>336) Diazep 4</i>							
<i>337) Diazep 4</i>							
<i>338) Diazep 4</i>							
<i>339) Diazep 4</i>							
<i>340) Diazep 4</i>							
<i>341) Diazep 4</i>							
<i>342) Diazep 4</i>							
<i>343) Diazep 4</i>							
<i>344) Diazep 4</i>							
<i>345) Diazep 4</i>							
<i>346) Diazep 4</i>							
<i>347) Diazep 4</i>							
<i>348) Diazep 4</i>							
<i>349) Diazep 4</i>							
<i>350) Diazep 4</i>							
<i>351) Diazep 4</i>							
<i>352) Diazep 4</i>							
<i>353) Diazep 4</i>							
<i>354) Diazep 4</i>							
<i>355) Diazep 4</i>							
<i>356) Diazep 4</i>							
<i>357) Diazep 4</i>							
<i>358) Diazep 4</i>							
<i>359) Diazep 4</i>							
<i>360) Diazep 4</i>							
<i>361) Diazep 4</i>							
<i>362) Diazep 4</i>							
<i>363) Diazep 4</i>							
<i>364) Diazep 4</i>							
<i>365) Diazep 4</i>							
<i>366) Diazep 4</i>							
<i>367) Diazep 4</i>							
<i>368) Diazep 4</i>							
<i>369) Diazep 4</i>							
<i>370) Diazep 4</i>							
<i>371) Diazep 4</i>							
<i>372) Diazep 4</i>							
<i>373) Diazep 4</i>							
<i>374) Diazep 4</i>							
<i>375) Diazep 4</i>							
<i>376) Diazep 4</i>							
<i>377) Diazep 4</i>							
<i>378) Diazep 4</i>							
<i>379) Diazep 4</i>							
<i>380) Diazep 4</i>							
<i>381) Diazep 4</i>							
<i>382) Diazep 4</i>							
<i>383) Diazep 4</i>							
<i>384) Diazep 4</i>							
<i>385) Diazep 4</i>							
<i>386) Diazep 4</i>							
<i>387) Diazep 4</i>							
<i>388) Diazep 4</i> </td							

لکھنؤ

155

二〇

- 10

18

40

۵

۱۵

۱۴

7 10

४८

2.2. *Aspergillus* 2257 MT 10  
new, fr. 1000 24

سی ایکس  
مکالمہ

وَلَمْ يَرْجِعْ إِلَيْهِ مِنْ أَنْتَرِنَيْتِي ٢٥

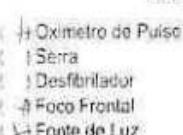
十一

1

٢٦٣



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Euerson Oliveira Fernreira</i> D.O. 01/07/1998 QI <i>Sala 05</i> CONVÉNIO <i>SUS</i> IDADE <i>22</i> REGISTRO <i>219.37.53</i> CIRURGIA <i>Tipo Cirurg. Mat. de clavícula</i> CIRURGÃO <i>Dr. Amaro + Dr. Wagner</i> ANESTESIA <i>Bloqueo Pleno</i> ANESTESIA <i>Dr. Humberto</i> Dr. Nathan INSTRUMENTADORA <i>Ramona</i> DATA <i>31/07/2020</i> INÍCIO <i>11:00</i> FIM <i>12:20</i>					 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Re) + Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	Compreesa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.	Compreesa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.	Coloide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ ossos		
	Invermor <i>localizacina</i>	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercalina <i>ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Nusalin <i>anestesia</i>	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protoido 1ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelcon ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon 2.0		
	Thiopental ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracum amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix		
02	Aqua Destilada amp	01	Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix		
	Decadron amp	01	Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix		
	Dipirona amp	04	Luvas 7.0	Vicryl Sertix	01	
	Flaxidol amp	04	Luvas 7.5	Vicryl Sertix	03	
	Flebocortid amp		Luvas 8.0	Vicryl Sertix		
	Geramicina amp		Luvas 8.5			
	Glicose amp	0	Oxigênio ml			
	Glucos de Cálcio amp		Polifix			
	Haemacel ml	015	PVP Degemerante ml			
	Heparina ml		PVP Topico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakin amp	015	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp	05	Saco coletor		SG Gelo fr 500 ml	
	Medrolinaçol	05	Seringa cesc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasti amp	03	Seringa cesc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa cesc. 05 ml	01	SG fr 500 ml p/ lavar	
	Revylan amp		Sonda			
	Stiptanin amp		Sonda Jolley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina tg		Sonda Nasogástrica	01	Placa reabsorvível 3.5	
02	<i>celulofina</i>		Sonda Urétral n°		+ Fim.	
02	<i>nitrofendine</i>		Steridrem ml	05	Ponto. cat. cur	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torreirinha			
02	Aguha desc. 25x2	01	Vaseline ml			
	Aguha desc. 28 x 28	01	Galcon 18.20			
	Aguha desc. 3 x 4.5		Latese			
	Aguha p/ raque n°	05	elétricas			
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Adubas de Crepon					
	Adubas de Gessada					
	al malhado mm					
					EQUIPAMENTOS	
					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Oxícamografo <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

**FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ( ) ELETIVA ( ) JURG/EME**

E: <i>Exame de Operação Toracica</i>		DATA:
E CHEGADA NO CC:	HORA:	
GIA PROGRAMADA:		CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:

**ACOLHIMENTO**

ESTADO GERAL:	<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> COMPROMETIDO <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> BOM
REPARO:	<input type="checkbox"/> JEJUM TEMPO DE JEJUM: <i>12h</i> <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PRÓTESES <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC LOCAL: <i>A1</i>
VENTILAÇÃO:	<input type="checkbox"/> MAR AMBIENTE <input type="checkbox"/> M.V. <input type="checkbox"/> INTUBADO <input type="checkbox"/> TQT
ANTECEDENTES:	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> IDIOPATICO <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> MARCAPASSO <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> TABAGISTA <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE: <i>11/80</i>
MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESERVAS SANGUÍNEAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
NOMES:	
RESERVAS SANGUÍNEAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CIRURGIAS ANTERIORES:	
EXAMES:	<input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> EX. TAB. <i>PHAO-X</i> <input type="checkbox"/> JUGS <i>155</i> <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
PRE-OPERATÓRIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: <input type="checkbox"/> PARA CIRURGIA <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> OUTROS:
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <input type="checkbox"/> PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

**PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA**

O PACIENTE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> IDENTIDADE <input type="checkbox"/> LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	<input type="checkbox"/> SIM, DEVIDO A: <i>Obesidade</i>
<input type="checkbox"/> CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
RISCOS: PERDA SANGUÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO

OBSERVAÇÕES: <i>abd obeso - Dipirona</i>	ACOLHIDO POR: <i>Alvaro Tchmec e Dr. C. 436755</i>
--	--

**TRANSOPERATÓRIO**

CIRURGIÃO: <i>Dr. Amaro</i>	AUXILIAR: <i>Dr. Amaro (A) + NPT NATION</i>	SALA: 03
ANESTEsiOLOGISTA: <i>Dr. Humberto</i>	ANESTESIA: <i>halotano</i>	
CIRCULANTE: <i>WILSON</i>		
POSICIONAMENTO: <input type="checkbox"/> DECÚBITO DORSAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO VENTRAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA <input type="checkbox"/> GENULITORAL <input type="checkbox"/> OUTRAS:		
PLACA DE BISTURI: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL: <i>ABD</i>	
EQUIPAMENTOS: <input type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> MICROSCOPIO <input type="checkbox"/> TORRE VDL <input type="checkbox"/> JARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> LASER <input type="checkbox"/> OUTROS:		
USO DE COXINS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:	

**SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA**

<input type="checkbox"/> TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	<input type="checkbox"/> NOME DO PACIENTE
<input type="checkbox"/> PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <i>1h</i>	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS PROGRAMADA
<input type="checkbox"/> PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	<input type="checkbox"/> PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM
<input type="checkbox"/> LOCAL DO PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

**MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA**

HORA: <i>11:00</i>	<i>fundoplicante 51.000</i>		
HORA: <i>11:00</i>	<i>fundoplicante 51.000</i>		
HORA: <i>11:00</i>	<i>fundoplicante 51.000</i>		
HORA: <i>11:00</i>	<i>fundoplicante 51.000</i>		
HORÁRIO	PA	FC	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <i>11:00</i>	<i>135x70</i>	<i>52</i>	<i>97%</i>
FIM DA CIRURGIA: <i>12:00</i>	<i>180x110</i>	<i>92</i>	<i>96</i>

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
<input type="checkbox"/> TOT n.º <i>1</i> ISNG n.º <i>1</i> SNE n.º <i>1</i>		<input type="checkbox"/> PENROSE LATEX <input type="checkbox"/> PENROSE SILICONE
<input type="checkbox"/> ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL: <i>AVP</i>		<input type="checkbox"/> WATERMAN <input type="checkbox"/> BLAKE
<input type="checkbox"/> AVP CATETER N.º <i>1</i>		<input type="checkbox"/> GUEDEL <input type="checkbox"/> SUÇÃO
<input type="checkbox"/> PAM CATETER N.º LOCAL: <i>1</i>		<input type="checkbox"/> DRENO TORACICO <input type="checkbox"/> DRENO DE MEDIASTINO
<input type="checkbox"/> SVD n.º <i>1</i> BALÃO COM <i>ml ABD</i> <input type="checkbox"/> SVA		<input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO VESICAL

**TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA**

<input type="checkbox"/> NOME DO PROCEDIMENTO: <i>TO. Cirurg. Flot. clavicular</i>	<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE COMPRESSAS
<input type="checkbox"/> PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE: <i>E</i>	<input type="checkbox"/> MATERIAIS PARA EXAMES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAL: <i>AN</i>	







*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/07/2020  
Horas da Impressão: 12:15:19  
Médico (a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

5-1

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Sexo: M

Clinica:UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	01
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML EV. 01 FRASCO 24/24 HORAS	10
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR EV. 01 FRA AMP, 12h/12h 00/20 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18.06
4	ONDANSETRÔNA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV. 01 AMPOLA, 8h/8h	19.06.06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV. 1 AMPOLA, 8h/8h	19.06.06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	03
7	CURATIVOS 12h/12h	01

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022 Sexo: M

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Admissão: 25/07/2020 DHU - 7

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

**DIA 01/08/2020**

**MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /**

Item	Prescrição	Apuramento
1	<b>DIETA LIVRE</b>	
2	<b>SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. DIFRASCO,</b> 24/24HORAS	
3	<b>CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. DIFRA AMP,</b> 12h 12h ID:2D	
4	<b>RECONSTITUIR 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF</b>	
5	<b>ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 8h 8h</b>	
6	<b>TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h 8h</b>	
7	<b>CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais</b>	
8	<b>CURATIVOS 12h 12h</b>	

### EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2020 HORA: 09:40:19

**PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DEVIDO A FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SEM INTERCORRENCIAS**  
**CD: ALTA HOSPITALAR VIDE RESUMO DE ALTA**

**ASSINATURA + CARAMBO**

Nattan Santos Rozendo De Oliveira





CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA
						ENFERMEIRO/COREN

TRABALHO DE ENFERMAGEM E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - C.R. 778.268/00-36-52  
Rua Floriano Peixoto, 4700 - Malvinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 25/07/2020

Nome: EWERTSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022 N° ATEND: 2193742

ENTE DE TRABALHO : NÃO  
: 25/07/2020 HORA : 15:57:04

QUALIDADE : CIRURGIA

VO : ACIDENTE DE MOTO  
CLASSIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

IS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

IS VITAIS  
SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

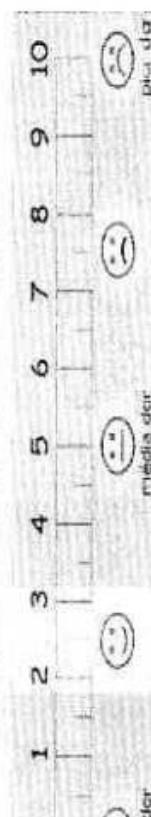
ESTES ( ) SIM ( ) NÃO HAS ( ) SIM ( ) NÃO  
MOTORIA ( ) SIM ( ) NÃO

SÍAS:  
CASAÇÃO EM USO:  
NO GERAL: BOM  
AÇÃO NEUROLÓGICA

NVULSAO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
SOLVENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
LITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

IMAS REFERIDOS

IRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
JRIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
AFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
GASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) IMELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



A DE DOR: DOR BASTANTE FORTE  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
ELHO

4- Goldbach - #  
nicht von den + Mautens J.  
Von diesen sind die meisten  
nicht zu einer der Formen  
der Primzahlen

155: ~~Almond Baking Co. Bakers~~

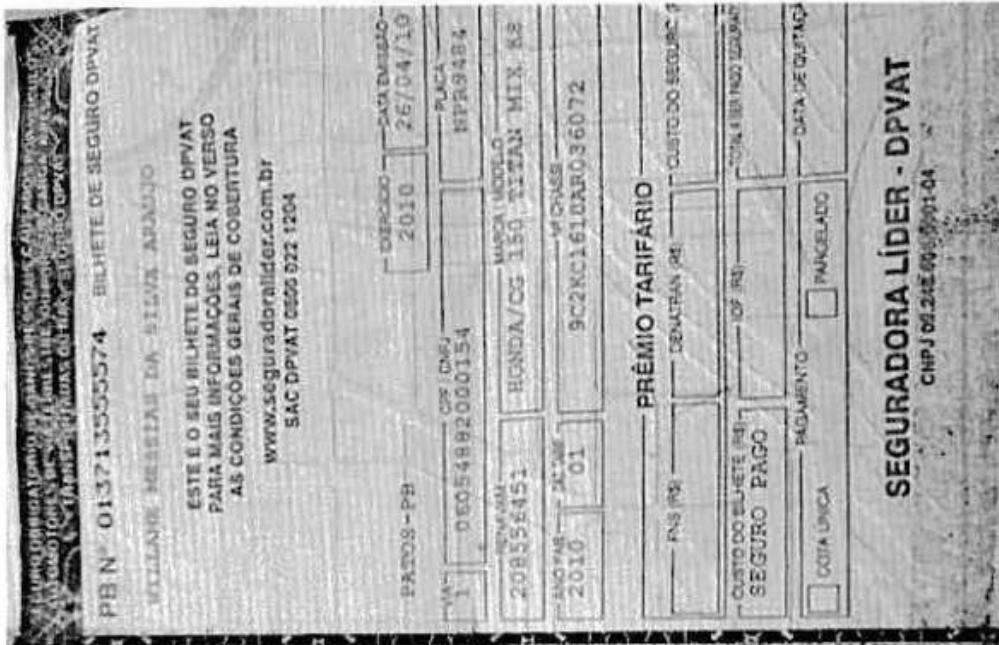
## SERVIÇOS REALIZADOS:

130

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051502038060000037317019>  
Número do documento: 2102051502038060000037317019

Num. 39147709 - Pág. 22





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051502038060000037317019>  
Número do documento: 2102051502038060000037317019

Num. 39147709 - Pág. 24

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**NPR9484****2010**

\*\*\*\*\*

**Imprimir Consulta****NPR9484**Último Licenciamento: **2010**

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: **NPR9484**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX K**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**Ano de Fabricação: **2010**Ano Modelo: **2010**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **30/06/2020**

Observação:

Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**

Financeira: #####

Município: **PATOS**Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**Data da Consulta: **16/10/2020****PASSA / MOTOCICLETA****ALCO/GASOL****HONDA/CG 150 TITAN MIX K****2010 2010****PARTICULAR PRETA****30/06/2020****ALIENACAO FIDUCIARIA****PATOS****16/10/2020**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389482      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EWERTON OLEGARIO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/07/2020      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200389482      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EWERTON OLEGARIO FERREIRA      **Data do acidente:** 25/07/2020      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020380600000037317019>  
Número do documento: 21020515020380600000037317019

Num. 39147709 - Pág. 27

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309195/20

**Vítima:** EWERSON OLEGARIO FERREIRA

**CPF:** 700.441.254-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/07/2020

**Titular do CPF:** EWERSON OLEGARIO FERREIRA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**EWERSON OLEGARIO FERREIRA : 700.441.254-70**

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](http://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: 29/10/2020  
Nome: EWERSON OLEGARIO FERREIRA  
CPF: 700.441.254-70

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515020380600000037317019>  
Número do documento: 21020515020380600000037317019

Num. 39147709 - Pág. 28