



05/02/2021

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	
EWERSON OLEGARIO FERREIRA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39147146	05/02/2021 15:02	Contestação	Contestação
39147708	05/02/2021 15:02	2780486_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos
39147709	05/02/2021 15:02	2780486_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

EM ANEXO





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

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

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

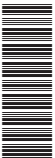
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00465/00466 - carta_15R - INVALIDEZ

00020233





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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3445 2 CONTA: 0005869 6

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuo (na nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





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 Olegário 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 Olegário Ferreira e Altemberg 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 SÉRIAMENTE, 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Assessor - 157 1554

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

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

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





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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3445 2 CONTA: 0005869 6

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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: 000000005869-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2511202005000000000023703445000000005869168750 PAGO



Bolero para simples pagamento à vista
Escalafon da energia elétrica Nº 007.618.952

DADOS DO CLIENTE:

JOSEFA GOMES DE FARIAS

RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
CAMPINA GRANDE

Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.820.566/0001-05 Insc. Est. 16.000.839-1



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
4/83406-9

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
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	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL		VENCIMENTO 25/09/2020		
BENEFICIÁRIO ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA		CPF DE 025.526.0001-65		
ENDEREÇO AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE - PB - CEP 58423-700		NOME E NÚMERO 32096410000299859		
DATA DO DOCUMENTO 18/09/2020	Nº DOCUMENTO 000000009-2020-09-6	ESPECIFICAÇÃO DS	ACEITE N	
VALOR 17		ESPECIE R\$	QUANTIDADE	
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.		DATA DO PROCESSAMENTO 18/09/2020		
		VALOR 105,61		
		OUTRAS DEDUÇÕES		
		MULTA		
		OUTROS ACRESCIMOS		
		TOTAL A PAGAR		
PAGADOR JOSEFA GOMES DE FARIAS RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492 SACADONAVANTAJA		CPF/CNPJ 031.740.314-64 CAMPINA GRANDE (AG: 431)		



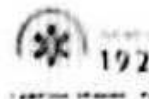
Autenticação no site

Ficha de Compensação





Estado da 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:

DATA:	27/07/2020	HORA:	15:16:05	ID Nº:	260106
NOME:	EVERTON OLIVEIRA FERREIRA				
OCORRÊNCIA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA MANOEL DE FREITAS RAMOS - CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:	PRÓXIMO AO RIO ADELAIDE				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				

DADOS DA REMOÇÃO
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma

Campina Grande, 31 de julho de 2020

Declaro e Assinamento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua Alameda Barreto, 428 São José CEP: 58003-228 Campina Grande-PB
Fone: (81) 3322-5207 - 3322-5191



01/08/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-510
Data: 01-08-2020

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



PARAÍBA
Governos do Estado

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: OSTEOSINTESE

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: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

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

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



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

[illegible]

IMAGURA:
 article corporal taxada = _____ %
 () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
 () 4º Grau () 5º Grau () 6º Grau

AC. 10015

25/07/2020

HTCC-Formulário Administrativo

Data da internação: 25/07/2020 Hora: 10:21:11

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO PACIENTE EWERSON OLEGARIO FERREIRA				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2193753	
7 - CARTÃO DO SUS 706908158252538		8 - DATA DE NASCIMENTO 01/07/1998		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA				11 - LITEROAL E COLOMBO 83 98175906	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA RIACHUELO, 1552, JARDIM PAULISTANO					
13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - COORDENADA 580400	
		15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LAZARONI) RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 					
22 - CARTELA DO PROCEDIMENTO 					
23 - CLÍNICA INSURSAÇÃO		24 - DOCUMENTO (X) CENSA () CPE 704304514628896		25 - Nº DO DOCUMENTO CENSA DO PRONTO-SOLICITANTE/ASSISTENTE 	
26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA		27 - DATA DE SOLICITAÇÃO 25/07/2020		28 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
29 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		30 - CNES DA SEGURADORA		31 - Nº DO BÔNUS	
32 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		33 - CNES EMPRESA		34 - CNES DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNES DA EMPRESA		37 - CUBR	
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESVINCULADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		40 - COB. DO PROFISSIONAL		41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
42 - DOCUMENTO 					
43 - Nº DO DOCUMENTO SOLICITADO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					



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. 11

25/07/2020

HTCG-Panel Administrativo

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

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE EWERSON OLEGARIO FERREIRA				2193753	
7 - CARTÃO DO SUS 706908158252538		8 - DATA DE NASCIMENTO 01/07/1998		9 - SEXO Males <input checked="" type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA				11 - CELULAR DE CONTATO 83 99175906	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) RUA RIACHUELO, 1552, JARDIM PAULISTANO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CID - CID-10 250400	
				15 - UF PB	
				16 - CID 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA		21 - CID-10 PRINCIPAL		22 - CID-10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - FÓRTE DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO CNES / CPT	
				29 - N° DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE 704304514628896	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/07/2020		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO COUNSELING)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
				41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO CNES / CPT		47 - N° DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO COUNSELING)			

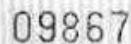


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:02:03

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

Número do documento: 21020515020312900000037317018

Num. 39147708 - Pág. 12



NOME DO HOSPITAL

Cidade

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO FRONTEIRO

Nº 31 H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMIENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ewerson Oliveira Ferreira</u>			IDADE: <u>72</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>-</u>
DATA: <u>21/09/20</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE		
AP. DIGESTIVO					ELETROCARDIOGRAMA		
ESTADO MENTAL					AP. URINÁRIO		
DENTES					PESCOÇO		
ATÁRAXICOS					CORTICOIDES		
ALERGIA					HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		
RISCO							
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA AS		
EFEITO							
AGENTES							INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
LIQUIDOS							MANUTENÇÃO 1. Ind. de 25mg 2. Ind. de 10mg 3. Ind. de 10mg 4. Ind. de 10mg ANESTESIA SATISF.: Sim Não Não, por quê? _____ 5. Ind. de 10mg DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obsr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ 6. Ind. de 10mg Com cânula: _____ Paro o Leito Sim Não 7. Ind. de 10mg CONDIÇÕES: _____
CÓDIGOS							
VP. A. 2. VAL. O. PULSO. O. RESPIRAÇÃO							
ANESTESIA: O. OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES							
TECNICA	<u>Blow by de Choro bagueta v. 1. e 2. cânulas</u>						
OPERAÇÃO	<u>Int. cirúrgica de abd. de choro</u>						
CIRURGIÕES	<u>Amoroso</u>						
IS	<u>Amoroso</u>						
16	<u>Amoroso</u>						

1. 10/10/1988
 2. 10/10/1988
 3. 10/10/1988
 4. 10/10/1988
 5. 10/10/1988
 6. 10/10/1988
 7. 10/10/1988
 8. 10/10/1988
 9. 10/10/1988
 10. 10/10/1988

10 — 10
 10 — 10
 10 — 10
 10 — 10
 10 — 10

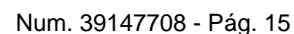
10
20
30
40

0
12
15
20
25
30


۵۰
 ۹۵

١٥ — ١٥١٥ — ١٥١٥

450



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edilson Olegario Ferreira</u> <u>01/07/1998</u>					 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>Sala 05</u>	<u>SUS</u>	<u>22 anos</u>	<u>219.3753</u>	
CIRURGIA <u>Tp. Cirurg. Gen. + 1º. Wagner</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Wagner</u>			
ANESTESIA <u>Bloqueio Plano</u>		ANESTESIA <u>Dr. Humberto</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Kamryn</u>		DATA <u>31/07/2020</u>	INÍCIO <u>11:00</u>	FIM <u>12:20</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fontani ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Injet. ml <u>lidocaína</u>		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml <u>51000</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercalina <u>3/4 ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubutol amp <u>lidocaína</u>		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp <u>91000</u>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Espanadrado Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelion ml		Gase Pacote c 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 2.0
	Thiopental ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Água Destilada amp		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix 01-
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix 03-
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml		PVPi Degemante ml		
	Heparina ml		PVPi Topico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medroliazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Pasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml
	Prelamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml p/ lavagem
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitan amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina tg		Sonda Nasogátrica	01	Placa reomatu 3.5
			Sonda Uretral nº		
			Steridrem ml	05	Pacote. cirurg. com.
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
01	Agulha desc. 25 x 2		Gelcon 1.5		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4.5				
	Agulha p/ raque nº				
015	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Aduras de Crepon				
	Aduras de Gessada				
	Al material com.				
				EQUIPAMENTOS	
				+	Oxímetro de Pulso
				+	Serra
				+	Desfibrilador
				+	Foco Frontal
				+	Fonte de Luz
				+	Foco Auxiliar
				+	Eletrocáuterio
				+	Oxicapnógrafo
				+	Cardiomonitor
				+	Perfurador Elétrico



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA () ELETIVA () URG/EME

Nome: Elviana Olegário Lacerda IDADE: _____
 E CHEGADA NO CC: _____ HORA: _____
 GUA PROGRAMADA: _____ CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: _____

ACOLHIMENTO

ADADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR () BOM
 REPARO: () JEJUM TEMPO DE JEJUM: 12 h () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
 ACESSO VENOSO: () SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: A. S. C.
 VENTILAÇÃO: () AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
 ANTECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO
 () TABAGISTA
 () ISOLAMENTO DE: 11/80 DEVIDO À: _____
 MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO NOMES: _____
 RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM () NÃO () CONC. HLMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS
 () CRIOPRECIPITADO
 CIRURGIAS ANTERIORES: _____ QUANDO: _____
 EXAMES: () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. PÂNCREAS () USG 11/80 () TOMOGRAFIA
 PRE-OPERATÓRIOS: TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____
 NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: () SIM () NÃO LOCAL: _____ () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: () IDENTIDADE () LOCAL DO PROCEDIMENTO
 () PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ALERGIAS CONHECIDAS: () NÃO () SIM, DEVIDO A: Aspirina
 () CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: () NÃO () SIM
 () EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO () SIM
 RISCO: PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO () MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
 OBSERVAÇÕES: ob. de leg. e Dipirona ACOLHIDO POR: Elviana Olegário Lacerda 4/36/25

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr. Amaro AUXILIAR: Dr. Lacerda (R2) + RDT NATION
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lacerda ANESTESIA: Dr. Lacerda
 CIRCULANTE: Dr. Lacerda
 POSICIONAMENTO: () DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____
 PLACA DE BISTURI: () SIM () NÃO LOCAL: line
 EQUIPAMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____
 USO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL: _____

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

() TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM () NOME DO PACIENTE
 () PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: 01h () CIRURGIA PROGRAMADA
 () PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA () PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM
 () LOCAL DO PROCEDIMENTO () EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: 11:00 Pindolol 5 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Clonazepam 0,5 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Midazolam 2 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Midazolam 2 mg HORA: _____

HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>11:00</u>	<u>135 x 40</u>	<u>92</u>	<u>99%</u>
FIM DA CIRURGIA: <u>12:00</u>	<u>160 x 100</u>	<u>94</u>	<u>96</u>

PROCEDIMENTOS: () TOT n.º () SNG n.º () SNE n.º
 () ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____
 () AVP: _____ CATETER N.º _____
 () PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____
 () SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml/ABD () SVA
 REALIZADO POR: _____ DRENOS E CANULAS: () PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
 () WATERMAN () BLAKE
 () GUEDEL () SUÇÃO
 () DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
 () IRRIGAÇÃO VESICAL
 TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA
 () NOME DO PROCEDIMENTO: Tv. circ. Frot. clav. v. c. () CONTAGEM DE COMPRESSAS
 () PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE: () MATERIAIS PARA EXAMES () NÃO () SIM
 QUAL: _____



Leito: 5-1 Data: 31/10/21 B

[illegible]



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

S-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
Clínica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	02
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01 FRASCO 24/24 HORAS	10
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h 00/20 Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	03
7	CURATIVOS 12h/12h	21

9.





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/08/2020

Horas: 09:41:06

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

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 DHI: 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	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. OFRASCO	
3	24/24HORAS CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. OFRA AMP 12h 12h 1D/2D	
4	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. OFAMPOLA, 8h 8h	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h 8h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS 12h 12h	

EVOLUÇÃO

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

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

ASSINATURA + CARIMBO

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

TÍTULO DE EMERGÊNCIA E TRALMIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CUPJ: BR.778.268/0036-52
al. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 25/07/2020

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

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

QUALIDADE : CIRURGIA

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

IS DE EMBRIAGUEZ : NAO

IS VITAIS
SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

ETES () SIM () NAO HAS () SIM () NAO
MOTORA () SIM () NAO

SJAS :
CAÇÃO EM USO :
DO GERAL : BOM
IAÇÃO NEUROLÓGICA

NVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
SORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
ITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

IMAS REFERIDOS

IRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
JRIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
AFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
GASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
cler					média cler					plu cler

A DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

EFICACIA DE RISCO :
ELHO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Helio Henry da S. Costa
25/07/2020 15:57:04
COREN-PB 188.118.010

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



Número do documento: 21020515020312900000037317018

Göttingen #
reichte von der + Landes der
als nächst also ganz der nach 1812
Frieden der deutschen
nachdem die

ss. Quartz Grains & clasts & thin lenses

24 JUL 2020

NOME DO PACIENTE / / às : hs.

centro cirúrgico _____
internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

0911

1044E

10.1386/roughbit-wp-class (doi:10.1386/roughbit-wp-class-2020-07-258) Retrieved: 15/1/2021

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

153.15284.42-9

6390274 0050 PB

Ewerson Olegario Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

FILIAÇÃO: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA
ALEMEIDA FERREIRA

NASCIMENTO: 03/07/1960

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO: R.O. - 3655187 - 55DS - PB

LEI Nº 9.046, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 700.441.254-70 CNH: SEÇÃO: ZONE

TIT. ELEITOR: LOCAL DE EMISSÃO: CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE

DATA DE EMISSÃO: 24/03/2017

ASSINATURA DO TITULAR

25117 6390274.60-12





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPR9484**2010**

[Imprimir Consulta](#)**NPR9484****PASSA / MOTOCICLET****ALCO/GASOL****HONDA/CG 150 TITAN MIX
K****2010 2010****PARTICULAR PRETA****30/06/2020****ALIENACAO FIDUCIARIA****PATOS****16/10/2020**Último Licenciamento: **2010**

Proprietário: *****

Placa: **NPR9484**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX K**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERSON 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERSON 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309195/20

Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

CPF: 700.441.254-70

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

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 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





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3443 2 CONTA: 0005869 6

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 discordo 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuário (nascido)? ☐ 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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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



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 Olegário 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 Olegário Ferreira e Altemberg 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 SÉRIAMENTE, 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 DESTA 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Assessor - 157 1554

Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101



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

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





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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3445 2 CONTA: 0005869 6

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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

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: 000000005869-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2511202005000000000023703445000000005869168750 PAGO



Bolero para simples pagamento à vista
Escalficonta de envio a internet Nº 007.618.952

Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.820.566/0001-05 Insc. Est. 16.000.839-1

DADOS DO CLIENTE:

JOSEFA GOMES DE FARIAS

RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
CAMPINA GRANDE



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
4/83406-9

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
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	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				VENCIMENTO 25/09/2020	
BENEFICIÁRIO ENERGISA BOBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				CPF DE 025.526.0001-65	
ENDEREÇO AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				BOLETO NÚMERO 32096410000299859	
DATA DO DOCUMENTO 18/09/2020	Nº DOCUMENTO 000000009-2020-09-6	ESPECIFICAÇÃO DS	ALÍQUOTA N	DATA DO PROCESSAMENTO 18/09/2020	VALOR DO DOCUMENTO 105,61
QUANTIDADE 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO 105,61	
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.				OUTRAS DEDUÇÕES OUTRAS DEDUÇÕES OUTRAS DEDUÇÕES OUTRAS DEDUÇÕES	
PAGADOR JOSEFA GOMES DE FARIAS RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492 SACADONÁVEL POR				CPF/CNPJ 031.740.814-64 CAMPINA GRANDE (AG: 431) LOG. DE BARRA	



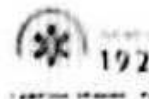
Autenticação no site

Ficha de Compensação





Estado da 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:

DATA:	27/07/2020	HORA:	15:16:05	ID Nº:	260106
NOME:	EVERTON OLIVEIRA FERREIRA				
QUINA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA MANOEL DE FREITAS RAMOS - CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:	PRÓXIMO AO RIO ADEODENIL				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 31 de julho de 2020

Declaro e Assinamento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua Alameda Barreto, 428 São José CEP: 58003-280 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: 08.778.268/0018-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-509
Data: 01-08-2020

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



PARAÍBA
Governos do Estado

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: OSTEOSINTESE

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: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

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

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



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

[illegible]

IMAGURA:
 article corporal taxada = _____ %
 () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
 () 4º Grau () 5º Grau () 6º Grau

AC. 10015

25/07/2020

HTCC-Formulário Administrativo

Data da internação: 25/07/2020 Hora: 10:21:11

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO PACIENTE EWERSON OLEGARIO FERREIRA				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2193753	
7 - CARTÃO DO SUS 706908158252538		8 - DATA DE NASCIMENTO 01/07/1998		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA				11 - IDENTIFICADOR DE CONTATO 83 99175906	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA RIACHUELO, 1552, JARDIM PAULISTANO					
13 - Nº DE NÍVEL DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CID-10 250400	
		15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LAZARONI) RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA					
21 - CID-10 PRINCIPAL 250400					
22 - CID-10 SECUNDÁRIO 250400					
23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS 250400					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CLÍNICA INSERÇÃO					
26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 704304514628896					
27 - DOCUMENTO 704304514628896					
28 - Nº DO DOCUMENTO SOLICITANTE 704304514628896					
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA					
30 - DATA DE SOLICITAÇÃO 25/07/2020					
31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO 25 JUL 2020					
32 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNES DA SEGURADORA 37 - Nº DO BÔNUS 38 - CNES DA EMPRESA 39 - CNES DA EMPRESA 40 - CNES DA EMPRESA					
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESNÃO EMPREGADO () ARREPENDIDO () NÃO SEGURO					
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 43 - CID-10 DO AUTORIZADOR 44 - Nº DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
45 - DOCUMENTO 46 - Nº DO DOCUMENTO SOLICITANTE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					



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. 11

25/07/2020

HTCG-Panel Administrativo

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

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE EWERSON OLEGARIO FERREIRA				2193753	
7 - CARTÃO DO SUS 706908158252538		8 - DATA DE NASCIMENTO 01/07/1998		9 - SEXO Males <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA				11 - CELULAR DE CONTATO 83 99175906	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) RUA RIACHUELO, 1552, JARDIM PAULISTANO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CID - CID-10 S50400	15 - UF PB
				16 - CID - CID-9 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA		21 - CID-10 PRINCIPAL		22 - CID-10 SECUNDÁRIO	
23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - TIPO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO CNES / CPT	
				29 - N° DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE 704304514628896	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/07/2020	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO COUNSELING)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
				41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO CNES / CPT				46 - N° DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO COUNSELING)	
				49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



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. 12

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TERAPIA

CIDADE

C. Grande

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

EWERTSON DIACONIN FERREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

3293253

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRÚRG. DE FORT. DA CAPSULA ESQ

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLACA REC. METAL 3.5 x 14 FIMB

01

PLACA REC. METAL 3.5 x 14

03

3.5 x 15

03

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

31/05/2020

Dr. Wagner Luiz Egídio de Araújo

OBSERVAÇÕES

+ Dr. Wagner

CX 35 12 FIMB 11/23

Dr. Wagner Luiz Egídio de Araújo
CRM - PB 8925

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL


R. Wagner + Dr. Wagner



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ewerson Oliveira Ferreira</u>			IDADE: <u>72</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>-</u>
DATA: <u>21/09/20</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE		
AP. DIGESTIVO					ELETROCARDIOGRAMA		
ESTADO MENTAL					AP. URINÁRIO		
DENTES					PESCOÇO		
ATÁRAXICOS					CORTICÓIDES		
ALERGIA					HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		
RISCO							
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA AS EFETO		
AGENTES							INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
LIQUIDOS							MANUTENÇÃO 1. Ind. de 25mg 2. Ind. de 10mg 3. Gp. glicina 3 4. D. cada 10mg ANESTESIA SATISF.: Sim Não Não, por quê? _____ 5. Ind. de 10mg DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obsr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ 6. Ind. de 15mg Com cânula: _____ Paro o Leito Sim Não 7. Ind. de 15mg CONDIÇÕES:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES							
TÉCNICA	<u>Blow by de Choro baguete</u>						
OPERAÇÃO	<u>Intubação orotraqueal</u>						
CIRURGIÕES	<u>Amorim</u>						
IS	<u>Amorim de Almeida L. Filho</u> ANESTESIOLOGISTA 1966 - RQE 4683						

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edilson Olegario Ferreira</u> <u>01/07/1998</u>					 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE FISSAO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>Sala 05</u>	<u>SUS</u>	<u>22 anos</u>	<u>219.3753</u>	
CIRURGIA <u>Tp. Cirurg. Gen. + 1º. Wagner</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Wagner</u>			
ANESTESIA <u>Bloqueio Plano</u>		ANESTESIA <u>Dr. Humberto</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Kamran</u>		DATA <u>31/07/2020</u>	INÍCIO <u>11:00</u>	FIM <u>12:20</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fontani ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Injet. ml <u>lidocaína</u>		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml <u>51000</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercalina <u>3/4 ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubutol amp <u>lidocaína</u>		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp <u>91000</u>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Espanadrado Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelion ml		Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 2.0
	Thiopental ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Água Destilada amp		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix 01-
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix 03-
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparina ml		PVPI Topico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medroliazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Pasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml
	Prelamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml p/ lavagem
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina tg		Sonda Nasogátrica	01	Placa reomatuca 3.5
			Sonda Uretral nº		
			Steridrem ml	05	Pacote. cirurg. com.
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
01	Agulha desc. 25 x 2		Gelcon 1.5		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4.5				
	Agulha p/ raque nº				
015	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Aduras de Crepon				
	Aduras de Gessada				
	Al material com.				
			EQUIPAMENTOS		
			1 Oxímetro de Pulso	1 Foco Auxiliar	
			1 Serra	1 Eletrocáuterio	
			1 Desfibrilador	1 Oxícapnógrafo	
			1 Foco Frontal	1 Cardiomonitor	
			1 Fonte de Luz	1 Perfurador Elétrico	



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA () ELETIVA () URG/EME

É: Enfermeira Orlândia Lacerda IDADE: _____
 E CHEGADA NO CC: _____ HORA: _____
 GUA PROGRAMADA: _____ CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: _____

ACOLHIMENTO

TADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR () BOM
 REPARO: () JEJUM TEMPO DE JEJUM: 02 dias () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
 ACESSO VENOSO: () SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: A. S.C.
 VENTILAÇÃO: () AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
 ANTECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO
 () TABAGISTA
 () ISOLAMENTO DE: 11/80 DEVIDO À: _____
 MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO NOMES: _____
 RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM () NÃO () CONC. HLMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS
 () CRIOPRECIPITADO
 CIRURGIAS ANTERIORES: _____ QUANDO: _____
 EXAMES: () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. PÂNCREAS () USG 11/80 () TOMOGRAFIA
 PRE-OPERATÓRIOS: TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____
 NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: () SIM () NÃO LOCAL: _____ () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: () IDENTIDADE () LOCAL DO PROCEDIMENTO
 () PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ALERGIAS CONHECIDAS: () NÃO
 () SIM, DEVIDO A: diapirone
 () CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: () NÃO () SIM
 () EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO () SIM
 RISCO: PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO () MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
 OBSERVAÇÕES: ob. de diag. e Diapirone ACOLHIDO POR: Enfermeira Orlândia Lacerda 4/36/25

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr. Amaro AUXILIAR: Dr. Lacerda (R2) + RDT NATION
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lacerda ANESTESIA: Diapirone
 CIRCULANTE: Dr. Lacerda
 POSICIONAMENTO: () DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____
 PLACA DE BISTURI: () SIM () NÃO LOCAL: line
 EQUIPAMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____
 USO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL: _____

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

() TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM () NOME DO PACIENTE
 () PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: 01h () CIRURGIA PROGRAMADA
 () PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA () PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM
 () LOCAL DO PROCEDIMENTO () EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: 11:00 Diapirone 50 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Diapirone 50 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Diapirone 50 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Diapirone 50 mg HORA: _____
 HORÁRIO PA F.C SPO2
 ADMISSÃO NA S.O.: 11:00 135x40 92 99v.
 FIM DA CIRURGIA: 12:00 150x100 94 96

PROCEDIMENTOS REALIZADO POR: DRENOS E CANULAS
 () TOT n.º () SNG n.º () SNE n.º () PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
 () ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____ () WATERMAN () BLAKE
 () AVP: _____ CATETER N.º _____ () GUEDEL () SUÇÃO
 () PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____ () DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
 () SVD n.º _____ BALÃO COM ml/ABD () SVA () IRRIGAÇÃO VESICAL
 TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA
 () NOME DO PROCEDIMENTO Tv. circ. Frot. clau. vena () CONTAGEM DE COMPRESSAS
 () PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE: () MATERIAIS PARA EXAMES () NÃO () SIM
 QUAL: _____



Leito: 5-1 Data: 31/10/21 22

[illegible]



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

S-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
Clínica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	02
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01 FRASCO 24/24 HORAS	10
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h 00/20 Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	03
7	CURATIVOS 12h/12h	21

9.





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/08/2020

Horas: 09:41:06

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

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

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Admissão: 25/07/2020 DHI: 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	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. OFRASCO	
3	24/24HORAS CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. OFRA AMP 12h 12h 1D:2D	
4	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. OFAMPOLA, 8h 8h	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h 8h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS 12h 12h	

EVOLUÇÃO

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

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

ASSINATURA + CARIMBO

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

Sistema de Emergência
PARAIBA

TITULAR DE EMERGÊNCIA E TRALMIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: BR.778.268/0036-52
al. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 25/07/2020

nome: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022 N° ATEND: 2193742

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

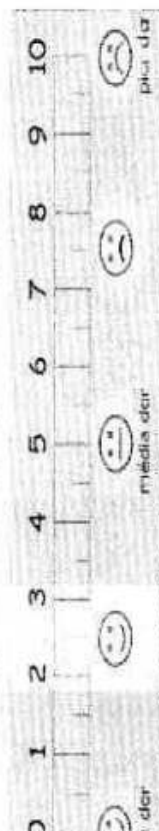
QUALIDADE : CIRURGIA

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

IS DE EMBRIAGUEZ : NAO

IS VITAIS
SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:ETES () SIM () NAO HAS () SIM () NAO
MOTORA () SIM () NAOSIAS :
CAÇÃO EM USO :
DO GERAL : BOM
IAÇÃO NEUROLÓGICANVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
SORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
ITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

MAS REFERIDOS

IRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
JRIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
AFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
GASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

A DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

EFICACIA DE RISCO: ELHO

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



Número do documento: 21020515020380600000037317019

Göttingen #
reiste von der + Landes der
des Meeres bis zum der Meeres
Fische der Landes der
nachdem die Landes

ss. Quartz Grains & clasts & thin lenses

24 JUL 2020

NOME DO PACIENTE / / às : hs.

centro cirúrgico _____
internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

0911

1044E

<https://doi.org/10.1016/j.sbsbs.2020.07.001>

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

153.15284.42-9

6390274 0050 PB

Ewerson Olegario Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

FILIAÇÃO: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA
ALEMEIDA FERREIRA

NASCIMENTO: 03/07/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO: R.O. - 3655187 - 5SDS - PB

LEI Nº 9.045, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 700.441.254-70

CNH: SEÇÃO: ZONA:

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: CUE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE

DATA DE EMISSÃO: 24/03/2017

ASSINATURA DO TITULAR

25117 6390274.60-12





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPR9484**2010**

[Imprimir Consulta](#)**NPR9484****PASSA / MOTOCICLET****ALCO/GASOL****HONDA/CG 150 TITAN MIX
K****2010 2010****PARTICULAR PRETA****30/06/2020****ALIENACAO FIDUCIARIA****PATOS****16/10/2020**Último Licenciamento: **2010**

Proprietário: *****

Placa: **NPR9484**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX K**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERSON 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERSON 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309195/20

Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

CPF: 700.441.254-70

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

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 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

