

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/12/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321013872003

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000037703994

Número da Autenticação

F379475BDED2DAEC

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000037703994-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138720

Cidade: Lucena

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do acidente: 16/08/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 03 FIOS DE KIRSCHNER CRUZADOS E IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO-PALMAR. ATUALMENTE, VÍTIMA COM DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DE FLEÇÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. FORÇA PRESERVADA. CICATRIZ LIMPA SECA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO EM FLEXO-EXTENSÃO, SUPINAÇÃO, DESVIO ULNAR E RADIAL, DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV PARA FLEXORES E EXTENSORES DO PUNHO ESQUERDO E COM DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210138720

Nome do(a) Examinado(a): DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PROJETADA, 19, , Campina Grande/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 3578092

Data e local do acidente: 16/08/2019 - Campina Grande/PB

Data e local do exame: 31/08/2021 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.22662 , longitude: -35.8912

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO PRECUTÂNEO, EVOLUINDO COM DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DE FLEÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. FORÇA PRESERVADA. CICATRIZ LIMPA SECA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofas no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO EM FLEXO-EXTENSÃO, SUPINAÇÃO, DESVIO ULNAR E RADIAL DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV PARA FLEXORES E EXTENSORES DO PUNHO ESQUERDO DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Punho Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO EM FLEXO-EXTENSÃO, SUPINAÇÃO, DESVIO ULNAR E RADIAL DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV PARA FLEXORES E EXTENSORES DO PUNHO ESQUERDO DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3210138720 3 - CPF da vítima: 015.976.564-10 4 - Nome completo da vítima: David Francisco de Lima Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: David Francisco de Lima Silva 6 - CPF: 015.976.564-10
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Maria V. Lima Lucas do Costa 9 - Número: 511 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Horizonte 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53400-000
15 - E-mail: diegoeli87@gmail.com 16 - Tel (DDD): 03198761-8039

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 POUANÇA (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: Nubank
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 37703994 5
(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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, concorrendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/foi nascido? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pai/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 a existência de interesse legítimo, sob pena de não serem considerados para fins de indenização, ficando a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB, 09 de dezembro 2021
David Francisco de Lima Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTE MÚLTIPLO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112950/21

Número do Sinistro: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

CPF: 015.976.564-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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.

Exatidão dos dados de identificação: DADOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

0912950/21015.976.564-10 DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

MINISTÉRIO DE INDÚSTRIA, COMÉRCIO E ABASTECIMENTO - FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA TECNOLÓGICA - BENEFICÍARIO: LIDER/REPER - SERVIDOR LEGAL - CIRCULAR UNISEP 107/MS/2002

Nome Completo: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA CPF: 976.564-10
Autônomo RUA PROJETADA CAMPINA GRANDE Nº 55400-000
Cidade: NOVO HORIZONTE Estado: RJ CEP: 93.980-005-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTE E O 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 POLIPARÇA (conecte para as opções abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (trabalha em banco)
Nome do Banco: BRDES NEON
AGÊNCIA: 0155 CONTA: 9636543 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

É de meu conhecimento de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 do representante legal (se houver)
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: JOÃO PESSOA, 06 DE MAIO 2024

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): David Francisco de Lima Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do representante legal (se houver)

Exatidão dos dados de identificação: DADOS (DESPENSA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

09/2950/21015.976.564-10 DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

MINISTÉRIO DE INDÚSTRIA, COMÉRCIO E ENERGIA - FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA TÉCNICA - BENEFICÍARIO: LIDER/REPER - SERVIDANTE LEGAL - CIRCULAR UNISEP 127/48/7962

Nome completo: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA
 RUA PROJETADA CAMPINA GRANDE
 Nº: 976.564-10
 CEP: 55400-000
 UF: PE
 Complemento: 83.98005-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTE E O 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: RECURSO INFORMAR SEM RENDA
 R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 POLIPARÇA (conecte para as opções abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (três os bancos)
 Nome do BANCO: BRDES NEON

AGÊNCIA: 0155 CONTA: 9636543 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Soluto 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) Divorçado Separado judicialmente Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

É de meu conhecimento de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 do representante legal (se houver): _____
 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: JOÃO PESSOA, PE, DE 1 A 10 2024
David Francisco de Lima Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

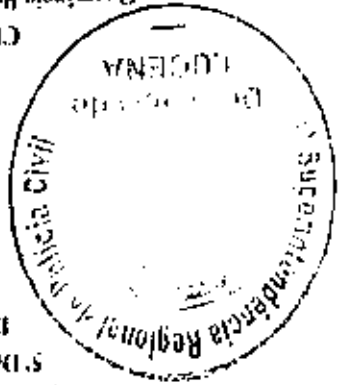
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do beneficiário

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
 Nº 00382.01.2021.1.05.101



CERTIFICADO, em razão de inexistência e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00382.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra. At() 12:17 horas do dia 28 de abril de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Aldrovilhi Crisi Janias, matrícula 1684761, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu David Francisco de Lima Silva, conhecido(a) por Davi, CPF nº 015.976.564-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filiação de Cláudice Maria Francisco e Gilvan Florêncio de Lima Silva, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 09/04/1990 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projada, Nº A, complemento CASA, bairro Novo Horizonte, tendo como ponto de referência Próximo do Hotel "saara", na cidade de Campina Grande/PB, telefones) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Via Pública, Próximo do Posto de Combustível "amigo", Campina Grande/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: viaduto de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/08/19 13:00h. Tipificação: em tese, capulhada no(s) LESA ACIDENTAL DE TRÁNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 135 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2009/2009, UF: PB, placa NPV-8227, chassi 9C2JC41109R526308, renavam 0015799978-5, características gerais: Veículo Em Nome de José Edson Barbosa de Souza e Demais Dados No CRLV.

E NOTIFICOU O SEQUINTE:

AFFIRMA O DECLARANTE QUE QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ÚLTIMA DE UM ACIDENTE AO COLIDIR COM A LATERAL DE UM OUTRO VEÍCULO QUE ATRAVESSOU NA SUA FRENTE AO SAIR DE UM ESTACIONAMENTO E ADENTRAR NA VIA PRINCIPAL SEM DAR AS DEVIDAS SINALIZAÇÕES OBRIGATORIAS DE TRÁNSITO, SENDO QUE O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO TEVE AS SUAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS IDENTIFICADAS E TAMBÉM O CONDUTOR DO MESMO NÃO FOI IDENTIFICADO, SENDO QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO SINISTRO SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A DECLARANTE, QUE POR CAUSA DESTA COLISÃO O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTE DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO D.P.V.A.T. AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE HOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTOS AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI OBSERVAÇÃO: ESTE HOLETIM 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 DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.



Agente de Investigação

[Handwritten signature]

ALEXANDRE JOSE NUNES DE SOUZA LIMA

Notariante

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

David Francisco de Lima Silva

Lucena/PB, 28 de abril de 2021

Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente certidão. A
sendo o que havia a constar, certificada) esta declarante das implicações legais contidas no
referida e verdade. Dou fe.



Exatidão dos dados de identificação: DADOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

0912950/21015.976.564-10 DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

MINISTÉRIO DE INDÚSTRIA, COMÉRCIO E ENERGIA - FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA TÉCNICA - FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA TÉCNICA - FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA TÉCNICA

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA RUA PROJETADA CAMPINA GRANDE

CPF: 976.564-10
R\$ 55400,00
R\$ 83.980,05 - 6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTE E O 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 POLIPARÇA (conecte para as opções abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (trabalha em banco)
Nome do BANCO: BRDES NEON
AGÊNCIA: 0155 CONTA: 9636543 9

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) Divorçado Separado judicialmente Viúvo Outros
24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

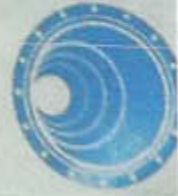
É de meu conhecimento de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor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

34 - Assinatura do representante legal (se houver)
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: JOÃO PESSOA, 06 DE MAIO 2024
David Francisco de Lima Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



CAGEPA
 Companhia de Abastecimento de Água e Saneamento de Curitiba
 Rua Feliciano Costa, 228 - Jaguaribe, João Pinheiro - PR
 CEP: 86015-70 - CNPJ: 06.725.651/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
 INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA
 70558345

REFERENCIA
 NOV/2020

SISTEMA GOVERNAR SIVA
 RUA PROPRIA Nº 195 - NOVA HORIZONTE CAMPINA
 GRANDE PR 8400-000

Inscrição	000	SMI	000	Quantidade de Economias	0	Responsável	0
------------------	-----	------------	-----	--------------------------------	---	--------------------	---

Data de Instalação	05/01/2020	Localização	INTERNO LIGADO	Situação Água	POTENCIAL	Situação Esgoto	
---------------------------	------------	--------------------	----------------	----------------------	-----------	------------------------	--

54	00	12	33	02/12/2020	PARÂMETROS LÍQU. ANALIS. CONFORMES	0	0
57/2020	10	TURBIDEZ	1/8	173		173	
AGO/2020	4	CLORO	178	173		116	
JUL/2020	5	PH	0	0		0	
JUN/2020	11	COR	55	173		162	
MAY/2020	8	COL.TOTAIS	178	173		163	
		DADOS REFERENTES A: SET/2020					

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
REQUISITARI 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	26 M3	27,31
11 M3 A 26 M3 - R\$ 4,09 POR M3	2 M3	8,18
ESGOTO		



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



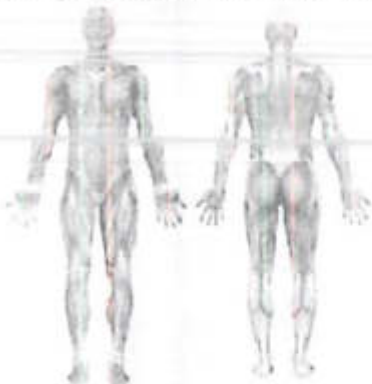
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1969239 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
Endereço: R PROJETADA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO
Responsável:
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
Hora: 17:25:54

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Fratura de Rádio Ulnar

EXAME PRIMÁRIO - DAD LÍNICOS

*trauma contuso e
Tubo E*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Antibiótico + Fio</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

**RAIO X
REALIZADO EM:
16/08/19**



GOVERNO
DA PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRILMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 16/08/2019

Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 N° ATEND: 1969239

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/08/2019 HORA : 17:26:18

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

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

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 120X80 TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () ERITEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG/FEITO DÍPIPONA, TILATIL 17:00

ENFERMEIRO/COREN
Acolhimento

BRUNA MOREIRA DA SILVA
ENFERMEIRA - ESF
COREN-PB 223.352
SUS: 108108290476830

C

C



Sr(a): DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
 Dra): EVERLAN MEIRA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
 Protocolo: 0000483213
 Data: 18-08-2019 11:41
 Idade: 39 ANOS
 Destino: INF. 65 - L. 01
 Origem: CLINICA ODONTOL. DRCA II
 RG: NÃO INFORMADO

TEMPO DE SANGRAMENTO 2.00 ..

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 DR. S. A. B. MENDONÇA

TEMPO DE COAGULACAO 8.00 ..

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 DR. S. A. B. MENDONÇA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Médico
 CRM: 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: DC13-9459-SDA-402A-1D08-820R-054B-98E8



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade

Sr(a): **DAVID FRANCISCO LIMA SILVA** Protocolo: **0000483213** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **EVERLAN MEIRA** Data: **18-08-2019 11:41** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA II**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **39 anos** Destino: **ENF 05 - L 01**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/08/2019 11:38]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,4 g/dL	13,0 a 14,0 g/dL
Hematócrito.....	40,3 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	92 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	7.100 /mm ³	(%)	(/mm ³)	Valores de Referência
Leucócitos.....				5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metamielócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	1,0		71	
Segmentados.....	71,0		5.041	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 /mm ³
Eosinófilos.....	0		0	0 a 4,0 % - até 500 /mm ³
Basófilos.....	0		0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos				
Típicos.....	25,0		1.775	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 /mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0		0	
Monócitos.....	3,0		213	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm³			145.000 a 425.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4688-DE98-26ED-83FA-4010-8758-43EC-D9C6



OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ATUALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: Wery De Paiva
Camara



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1969264

Tempo de Permanência: -18125

Diagnóstico Inicial:

fratura distal (E)

Diagnóstico Final:

o mesmo

Principais Exames: radiografia

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTANEA

Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. mundo farias

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infecção E.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE LOCAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + TALA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/08/2019

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/08/2019

Horas: 16:21:57

Médico (a) Dentista : Euler Fabricio Alves Cruz



GOVERNO DO PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVI FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DIH - 4

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves (Cruz)

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	<i>OK</i>
3	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>OK</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRAMA 12h/12h	<i>OK</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG FRAMA V.P. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>OK</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	<i>OK</i>
7	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>11h</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>11h</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 16:21:15

PÓS-OP SEM INTERCORRENCIAS.

CDV: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO EX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

21/08/19
Acta Hospitalar e evolução de rotina Ambulatório
+ HTA + HRS + HRS

Dr Wmry Alves
CRM-PE 10.901



GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE o trabalho: LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	917 F						
NOME:	David Francisco						
PROCEDIMENTO:	Ortopedia						
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	USO	GELCO Nº:	20	AVC	<input type="checkbox"/>	JEJU	<input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:		<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES				
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA			
<input checked="" type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA						
RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA						
PRIMEIRO RESPONSÁVEL:	KATAYMA						
COREN:							

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60

1600
1600
1600

01
02

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

1600

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		1
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8

Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUBCC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA 5	LEITO 4	AP. PRONTUÁRIO 2969264	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME David Francisco Lima Silva				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URINA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO OK					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO OK					ELETROCARDIOGRAMA RS			
AP. DIGESTIVO OK jejum			DENTES OK	PESCOÇO ok	AP. URINÁRIAS -			
ESTADO MENTAL LÓTICO			ARRAÇADOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do rádio distal esquerda					ESTADO FÍSICO ASA 2	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Rilpandol + Fentanyl					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS								
	LÍQUIDOS							
CÓDIGOS VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO								
	VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSICÃO	DDH							
AGENTES								
TÉCNICA	Anestesia geral + bloqueio do plexo braquial.					CÂNULAS		
OPERAÇÃO								
CIRURGIÃO	Dr. Crismones							
ANESTESISTA	Dr. Ricardo Loureiro							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			



Número do Prontuário: 155010

DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1969264 - Clin: ORTOPEDIA 2 - Ent: 5 - Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Atendimento: 1969264

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0 *mesmo*

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

Data da Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JESSEANE

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 3 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2,0 CRUZADOS SOB ESCOPIA;
5. CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo

Euler Fabricio Alves Cruz



RECIBO DE DEPÓSITO
DE DINERO

19.08.19.
PA=430X70
T=36c
P=63



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 639 Sexo: M
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DDI - 3
Clínica: STOP DIA 2 Infecção: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAQ RADIO DISTAL E

OK
OK

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>2 em 12 em 00h</i>	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	CT <i>24/18h</i>
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	CT <i>24/18h</i>
4	CLONIDINA 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h 1 Ampola 2ML ABX	CT <i>06</i>
5	OMEPRAZOL 100 MG SEM DILUENTE 1 FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir com 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	CT <i>06</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
7	ISOTERAPIA MOTORA	CT
8	ATIVIDADES GERIAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO:

DATA: 19/08/2019 HORAS: 09:16:01

PACIENTE EM BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURSESIS:

EVACUAÇÕES:

COM TENSÃO ARTERIAL PALMARE

CD: 000

EXAMES PRE-OP: OK

AGL: OK + COAG: OK

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

ASSINATURA - CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

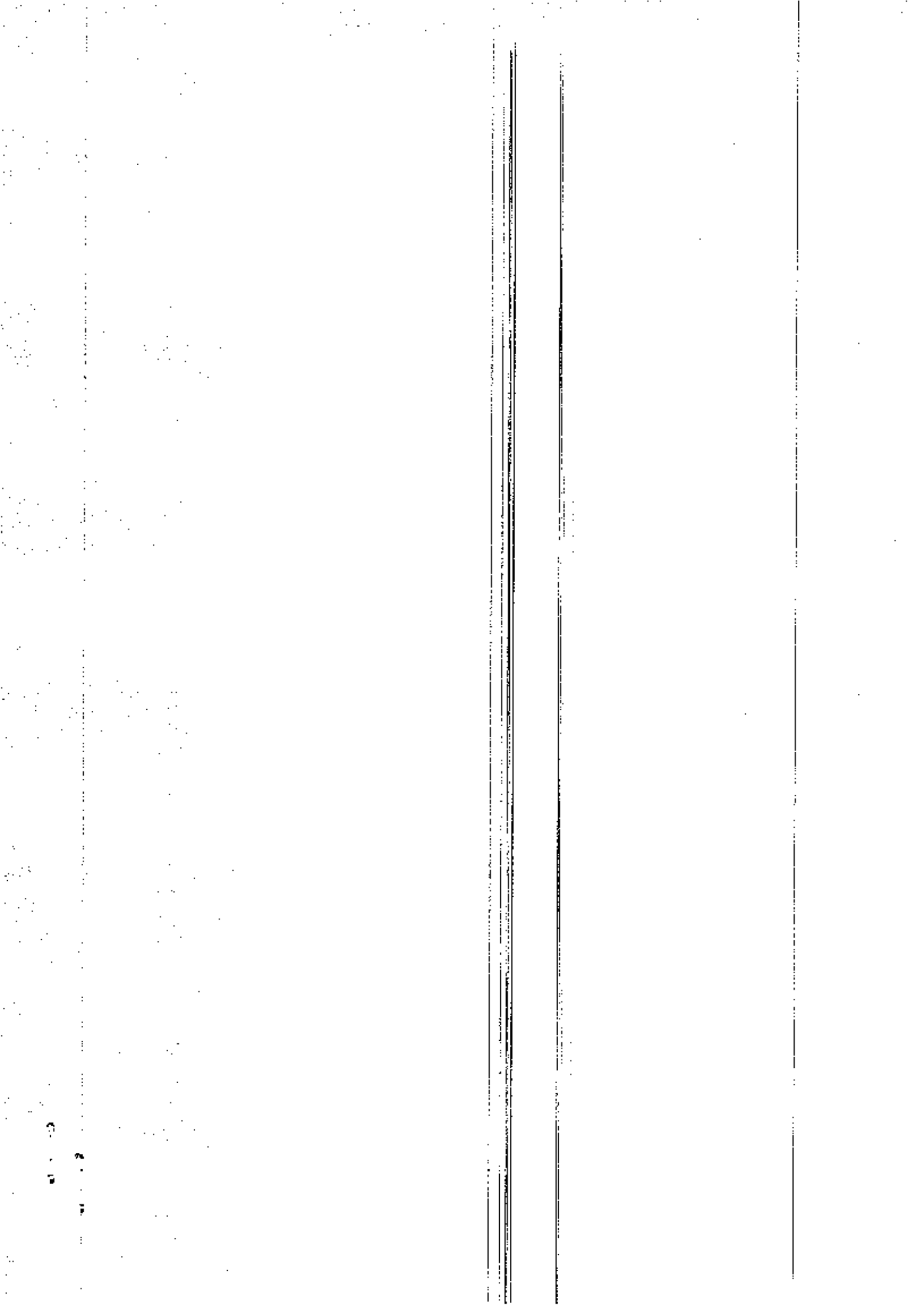
David Francisco Lima Silva

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

9304 PA: 120140 mmHg
T: 36.2°C
P: 76 bpm
R: 20

16
19/08/19
R\$ 140,00
R\$ 72,36,8

Maria José da Silva França
COREX-PM/642016-E





GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do promitório: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓ CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	✓ CT
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	✓ CT
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	✓ CT
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	✓ CT
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	✓ CT
7	FISIOTERAPIA MOTORA	✓ CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓ CT

Dr. Joao Paulo Oliveira Nunes
Médico Diarista
C.R.C. 1969264

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 11:06:14

Médico(a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DHI: 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

5.1.
9

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. 1FRASCO, 6h/6h	17/08 06 02
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 6h/6h	17/08 06 05
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/08 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:04:58

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA VAGA EM ALA ORTOPÉDICA

ASSINATURA
Everlan Da Silva Meira



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

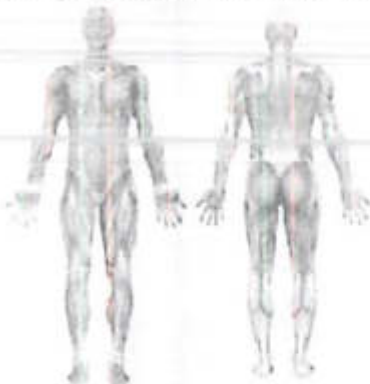


ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1969239 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
Endereço: R PROJETA DA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO
Responsável:
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

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



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Fratura de Rádio Ulnar

EXAME PRIMÁRIO - DAD LÍNICOS

*trauma contuso e
Tubo E*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Antibiótico + Fio</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

**RAIO X
REALIZADO EM:
16/08/19**



**GOVERNO
DA PARÁ**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRILMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 16/08/2019

Paciente: **DAVID FRANCISCO LIMA SILVA** Idade: 039 N° ATEND: 1969239

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 16/08/2019 HORA : 17:26:18

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: 120X80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO

DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NÃO

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AVALIÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () ERITEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG/FEITO DÍPIPONA, TILATIL 17:00

ENFERMEIRO/COREN
Acolhimento

BRUNA MOREIRA DA SILVA
ENFERMEIRA - ESF
COREN-PB 223.352
SUS: 108108290476830

4 4 4
4 4 4

C

C



Sr(a): DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
 Dra): EVERLAN MEIRA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
 Protocolo: 0000483213
 Data: 18-08-2019 11:41
 Idade: 39 ANOS
 Destino: INF. 65 - L. 01
 Origem: CLINICA ODONTOL. DRCA II
 RG: NÃO INFORMADO

TEMPO DE SANGRAMENTO 2.00 ..

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 DE 1 A 3 HORAS

TEMPO DE COAGULACAO 8.00 ..

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 DE 3 A 10 MINUTOS

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Médico
 CRM: 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: DC13-9459-SDA-402A-1D08-820R-054B-98E8



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade

Sr(a): **DAVID FRANCISCO LIMA SILVA** Protocolo: **0000483213** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **EVERLAN MEIRA** Data: **18-08-2019 11:41** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA II**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **39 anos** Destino: **ENF 05 - L 01**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/08/2019 11:38]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13.4 g/dL	13.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	40.3 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	92 fL	80.0 a 100.0 fL
H.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.9 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos.....	7.100 /mm³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	71
Segmentados.....	71,0	5.041
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	25,0	1.775
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	213
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm³	145.000 a 425.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4688-DE98-26ED-83FA-4010-8758-43EC-D9C6



OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ATUALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: WRY DE PAIVA
Camara



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1969264

Tempo de Permanência: -18125

Diagnóstico Inicial:

fratura distal (E)

Diagnóstico Final:

o mesmo

Principais Exames: radiografia

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. mundo farias

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infecção E.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE LOCAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + TALA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/08/2019

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
ASSINATURA

Carimbo
Ywry De Paiva Camara

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/08/2019

Horas: 16:21:57

Médico (a) Dentista : Euler Fabricio Alves Cruz



GOVERNO DO PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVYD FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENECE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves (Cruz)

Item	Prescrição	Aprazimento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	<i>OK</i>
3	DIFERONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>OK</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRAMA 12h/12h	<i>OK</i>
5	OMEPRAZOL 40MG FRAMA 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>OK</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	<i>OK</i>
7	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>11h</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>11h</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 16:21:15

PÓS-OP SEM INTERCORRENCIAS.

CDV: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO EX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

*21/08/19
Acta Hospitalar e evolução de rotina Ambulatorial
+ HTS + anti-
11 am*

*Dr Wany B Alves
CRM-PE 10.901*



GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	917 F
NOME:	David Francisco
PROCEDIMENTO:	Ortopedia
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL:	USO
GELCO Nº:	20
AVC	<input type="checkbox"/>
JEJU	<input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA
<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS	
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG
<input type="checkbox"/> USG	
<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	
<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	
<input checked="" type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input checked="" type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
PRIMEIRO RESPONSÁVEL:	Katayna
COREN:	

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60

1600

01
02

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

1600

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

David Francisco Lima Silva DN. 10/04/1980

QI LEITE sala 04 CONVÊNIO SUS IDADE 39 anos REGISTRO 96.9239

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CIRURGIA Fratura Radio Distal **Cirurgião Dr. Buzmarcos + Dr. Fuller**

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ANESTESIA Bloqueio Plexo ANESTESIA Dr. Ricardo (R2)

INSTRUMENTADORA Flávio DATA 20/08/2019 INÍCIO 15:30 FIM 16:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	Bolsa Dextrose	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. pi. Olig	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Catet. De Urinar Sist. Featr.	Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Grande	Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Compressa Pequena	Catgut Simples Sertix	
01	Ereno m. Microfol	Cotonóide	Catgut Simples Sertix	
01	Fenegan amp.	Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fentanil m.	Dreno Keri m.	Catgut Simples Sertix	
	Inova m.	Dreno Penrose m.	Cera pi osso	
	Ketalar m.	Dreno Pozzer m.	Ethibond	
04	Glândula N. A. Vaso	Equipo de Microgotas	Ethibond	
	Nubifen amp.	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
02	Rolapram Nalpendol	Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Protimino amp.	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protixido m.	Equipamento Lenco cm	Fio de Algodão Sutupak	
01	Quilon monit. de glicose	Furante m.	Fio de Algodão Sutupak	
01	Ranitidina hidratado	Gase Padlock 10 unidades	Fra. carbica	
	Thiabendazol m.	H.O. m.	Monoxylon	
	Tracium amp.	Intracath Adulto	Monoxylon	
		Intracath infantil	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			
06	Agua Destilada amp.	Lamina de Biston n° 23	Prolene Sertix	
01	Decatron amp.	Lamina de Biston n° 11	Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Lamina de Biston n° 15	Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvax 7.9	Vicryl Sertix	
	Flebocorbo amp.	Luvax 7.5	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.0	Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	Luvax 8.5		
	Glucosol de Calcio amp.	Oxigenio ltr		
	Haemace m.	Polelix		
	hipoglicemia m.	PVP Duzimante m.		
	Kaniklon amp.	PVP Tópico m.	Qtd.	SOROS
	Latic amp.	Sabao Antiséptico		SG Normotônico fr 500 ml
	Medrofinazol	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Phasil amp.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertônico fr 500 ml
	Proplatin	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml
	Reviron amp.	Seringa desc. 05 ml	02	SE fr 500 ml A lavar
	Suptarvon amp.	Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefazolin 1g	Sonda kelly		
02	tendocin	Sonda Nasogástrica		
01		Sonda Uretral n°		
		Steridom m.		
		Toniolona		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina m.		
	Agua desc. 25 x 7	Gelcoi M		
	Agua desc. 25 x 28	Latex		
	Agua desc. 3 x 4.5			
	Agua pi. raque n°			
015	Alcool de Enfermagem			
	Alcool lodado ml			
04	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Bonina ml			

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serna
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxíscopiógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Jeano Nogueira
 TEC. ENFERMAGEM
 COREN-PP 103567



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		1
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Mauro Frazee da Silva		Idade:	39	
Convênio:			Data:	20/08/20	
Procedimento:	Fístula Perda Distal				
Cirurgião:	M. Carneiro	Auxiliar:	M. Gulin	Anestesista:	M. Ricardo
Início:	15:30	Término:	16:30	Anestesia	Blagumex

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
17h	188x83	74	97	Rheul	+	consciente
17:20	185x81	73	95	Rheul	+	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Propofol 100mg 50mg	1740
Blagumex 100mg 100mg	1740

Dr. Fernando Ricardo de Azevedo
Anestesiologista
CRM-PA 4120

Observações:

Assinatura Anestesista Circulante

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUBCC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA 5	LEITO 4	AP. PRONTUÁRIO 2969264	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME David Francisco Lima Silva				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URINA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO OK					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO OK					ELETROCARDIOGRAMA RS			
AP. DIGESTIVO OK jejum			DENTES OK	PESCOÇO OK	AP. URINÁRIAS -			
ESTADO MENTAL LÓTICO			ARRAÇADOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do rádio distal esquerda					ESTADO FÍSICO ASA 2	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Rilpandol + Fentanyl					APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS								
	LÍQUIDOS							
CÓDIGOS VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO								
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO	DDH							
AGENTES								
TÉCNICA	Anestesia geral + bloqueio do plexo braquial.					CÂULAS		
OPERAÇÃO								
CIRURGIÃO	Dr. Crismones							
ANESTESISTA	Dr. Ricardo Loureiro							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		



Número do Prontuário: 155010 DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1969264 - Clin: ORTOPEDIA 2 - Enf: 5 - Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Atendimento: 1969264

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0 *mesmo*

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA Data da Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JESSEANE

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 3 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2,0 CRUZADOS SOB ESCOPIA;
5. CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz



RECIBO DE DEPÓSITO
DE DINERO
EN EL BANCO DE
ESTADOS UNIDOS

19.08.19
PA=430X70
T=36c
P=63



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DDI - 3
Clínica: STOP DIA 2 Infecçatária: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAQ RADIO DISTAL E

OK
OK

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>2 em 12 em 00h</i>	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	CT <i>24/18h</i>
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	CT <i>24/18h</i>
4	CLONIDINA 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h 1.2ml/2ml ABIX	CT <i>06</i>
5	OMEPRAZOL 100 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h (ADM AS 6h) 1.0ml/10ml DILUENTE PRÓPRIO	CT <i>06</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
7	DISOTECALFIA MOTORA	CT
8	VIDEADAS GERIAS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 19/08/2019 HORAS: 09:16:01

PACIENTE EM BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURSESIS:

EVACUAÇÕES:

COM TENSÃO ARTERIAL PALMARE

CD: 000

EXAMES PRE-OPÓRTEO

AGLORIAS CORÓNGIA

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

ASSINATURA - CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

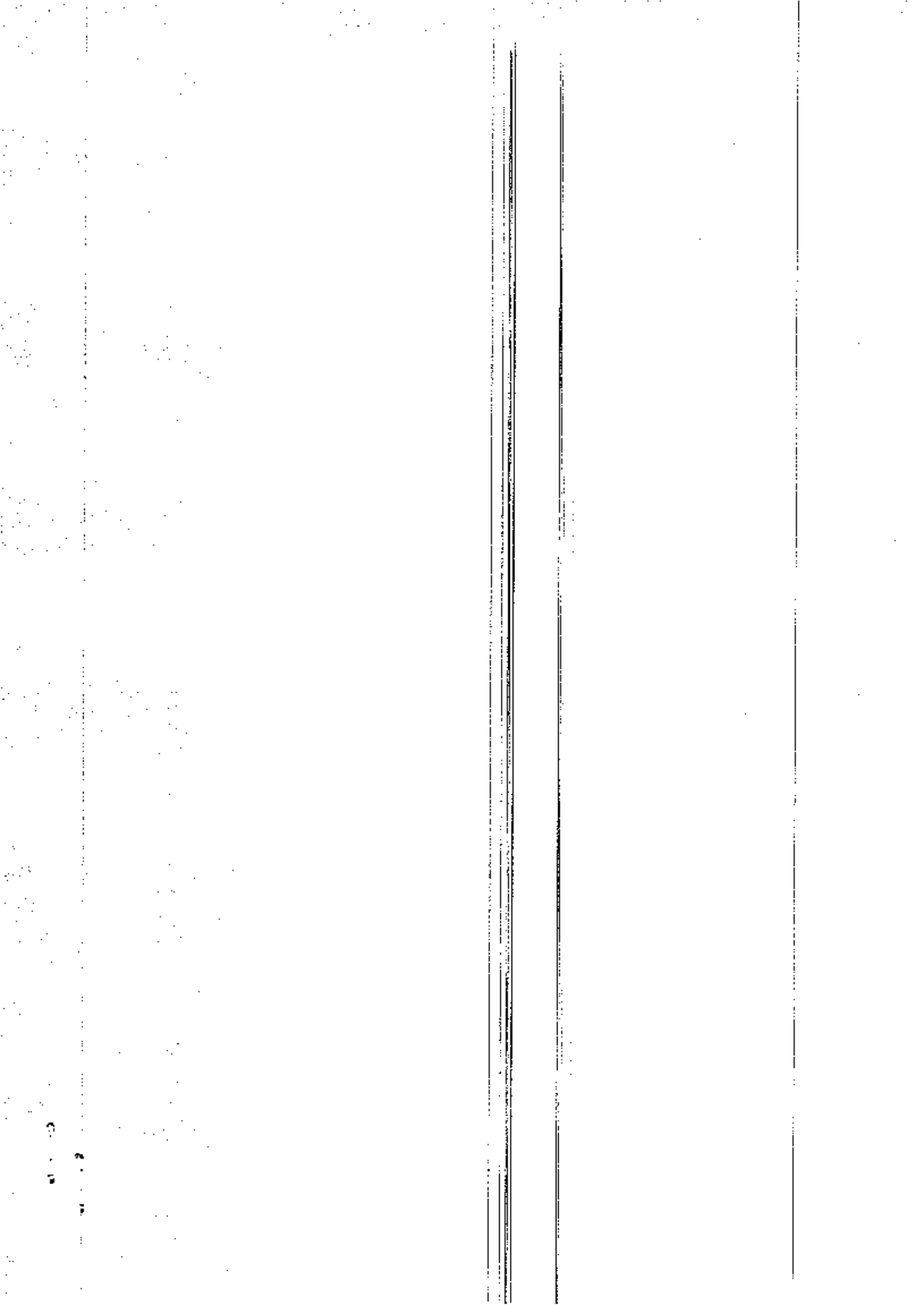
David Francisco Lima Silva

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

9304 PA: 120140 mmHg
T: 36.2°C
P: 76 bpm
R: 20

16
19/08/19
R\$ 140,00
R\$ 72,36,8

Maria José da Silva França
COREX-PM/642016-E





GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do promitório: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓ CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	✓ CT
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	✓ CT
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	✓ CT
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	✓ CT
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	✓ CT
7	FISIOTERAPIA MOTORA	✓ CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓ CT

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
Médico Diarista
C.R.C. 10.111/19

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 11:06:14

Médico(a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DHI: 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

5.1.
9

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. 1FRASCO, 6h/6h	17/08 06 02
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 6h/6h	17/08 06 05
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18/08 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:04:58

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA VAGA EM ALA ORTOPÉDICA

ASSINATURA
Everlan Da Silva Meira



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1969239 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Máquinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

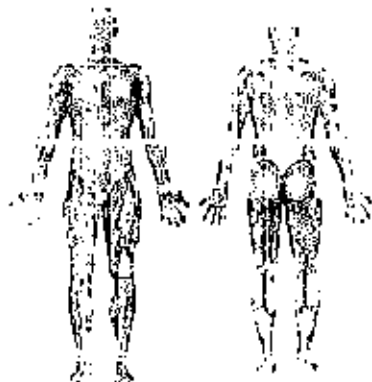
PACIENTE: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
Endereço: R PROJETADA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO
Responsável:
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

CEP: 58400002 Nascimento: 10/04/1980
Sexo: M Telefone: 993008449
Idade: 039 Bairro: NOVO HORIZONTE
RG: Nº: 0
CPF: Profissão:
Data de Atend: 16/08/2019 CNS: 10041980
Hora: 17:25:54 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Cracotação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empilhamento
- 9. Erisipela subcutânea
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortice
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corte-contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injúria em arco Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendão
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico para dorsal
- 28. Objeto Encaixado
- 29. Otite aguda
- 30. Paralisia
- 31. Paralisia
- 32. Perostasia
- 33. Queimadura
- 34. Rinorréia
- 35. Sinais de isquemia
- 36

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNÓSTICO / CID:

Fratura de Rádio Ulnar

EXAME PRIMÁRIO - DADOS LÍNICOS

Transtorno de ansiedade
Transtorno de pânico

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Gingow PA HGT: Sa102

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Tratamento</i>	<i>17:25</i>
2	<i>Tratamento</i>	<i>17:25</i>
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Rafael X
REALIZADO EM:
16/08/19



GOVERNO DA MARANHÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DIII - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DENTAL E

DATA 20/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz/

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	<i>[Handwritten signature]</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 6h/6h	<i>[Handwritten signature]</i>
4	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	<i>[Handwritten signature]</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h-24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML. DILUENTE PRÓPRIO	<i>[Handwritten signature]</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>[Handwritten signature]</i>
7	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>[Handwritten signature]</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>[Handwritten signature]</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 16:21:15

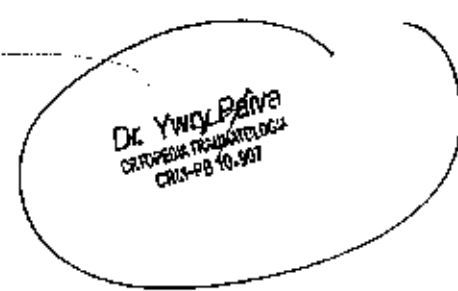
PÓS-OP SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA: SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

21/08/19

ALTA Hospitalar de controle de sistema Ambulatório
+ ATB + Análise pl. Úrica





GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019
 Data: 16/08/2019

Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 N° ATEND: 1969239

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 16/08/2019 HORA : 17:26:18

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

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

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02 PA: 120X80 TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () ERITEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG/FETTO DIPIRONA, TILATIL 17:00

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Aruna Moura da Silva
 ENFERMEIRA - ESF
 COREN-PB 223.352
 SUS 709168290476830



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1969264

Tempo de Permanência: -18125

Diagnóstico Inicial: *fratura distal (E)*

Diagnóstico Final: *o mesmo*

Principais Exames: radiografia

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTANEA

Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3: *Ø*

Aux 4:

Anestesista: *Dr. Marcelo Faveiro*

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infeção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE LOCAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + TALA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/08/2019

De Ywry Paiva
ASSINADO EM
21/08/2019
Ywry De Paiva Cumara

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Diana Francisca Lima Silva ins. 10/04/1954

QI LEITE CONVENIO IDADE REGISTRO
Sala 04 313 39 anos 96.9239

GOVERNO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

CIRURGIA Fratura Radio Distal Cirurgião
Dr. Guimarães - Dr. Souza

ANESTESIA bloqu岸io Plexo ANESTESIA
Dr. Ricardo

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA Flávia DATA 20/08/2019 INICIO 15:30 FIM 15:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp		Catgut Cromado Serlix	
	Atropina amp		Catgut Cromado Serlix	
	Diazepam amp		Catgut Cromado Serlix	
	Difeno amp		Catgut Simplex Serlix	
	Dobutrina amp		Catgut Simplex Serlix	
01	Efloranil Propofol		Catgut Simplex Serlix	
01	Fenopam amp		Catgut Simplex Serlix	
	Fentanyl in		Catgut Simplex Serlix	
	NOVA in		Catgut Simplex Serlix	
	Kejlar in		Catgut Simplex Serlix	
07	Ultracortacortona amp		Catgut Simplex Serlix	
	Nubalun amp		Catgut Simplex Serlix	
01	Propofol amp		Catgut Simplex Serlix	
	Propofol in		Catgut Simplex Serlix	
01	Quilon in		Catgut Simplex Serlix	
01	Ranitidina amp		Catgut Simplex Serlix	
	Tiromantol in		Catgut Simplex Serlix	
	Tracrium amp		Catgut Simplex Serlix	
Qtd.	MEDICACÕES	Qtd.	SOROS	
06	Agua Destilada amp		SS Normal Salino 500 ml	
01	Dexametazona amp		SS Glicose 500 ml	
02	Dipirona amp		SS Mg cloridado 500 ml	
	Flexido amp		SS Ringer 500 ml	
	Flebocort amp		SS 500 ml	
	Geramipol amp			
	Glicose amp			
	Guarini de Glicose amp			
	Haemice in			
	heparina in			
	kanthivon amp			
	Lacta amp			
	Medroxiacetol			
	Pessil amp			
	Protalina			
	Reviron amp			
	Septiman amp			
02	Colentina in			
02	Amoxicilina			
01				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCOES	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
	Agua ha desc. 25 x 7			
	Agua ha desc. 28 x 28			
	Agua ha desc. 3 x 3,5			
	Agua p. limpeza			
015	Alcool de Enfermagem			
	Alcool iodado ml			
01	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessaca			
	Azul indoleto amp			
	Bonina in			


- EQUIPAMENTOS**
- Camiseta de Friso
 - Cama
 - Gest. balada
 - Foco Frontal
 - Fone de Ouvido
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxímetro
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Joane Nogueira
 TÉCNICA EM ENFERMAGEM
 COREN-PR 1073967



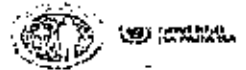
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		1
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8


 Assinatura do anestesista

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		QUARTANA 5	LEITO 2	Nº PRONTUÁRIO 2969264	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME David Francisco Lima Silva			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	FILSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOSGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO OK					ASA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO OK					ELETROCARDIOGRAMA RS		
AP. DIGESTIVO OK jejum			DENTES OK	PERIODONTIA OK	AP. UMIÁRIO -		
ESTADO MENTAL LÓTE			ATRAVANCOS	CORTICO DES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do rádio distal esquerdo					ESTADO FÍSICO ASA 2	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Nifedipina + Fentanyl				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					REDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lontar: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
	LIQUIDOS					MANUTENÇÃO 1. Caxelina 2g 2. Digipona 2g 3. Ondansetrona 4mg 4. Bisoprolol 10mg 5. Cotinela 30mg 6. Romitidina	
CÓDIGOS VF - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____		
					DESPERTAR Retorno na SO: _____ Obr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO		DDH					
AGENTES							
TÉCNICA		Anestesia geral + bloqueio do plexo braquiop.				CÂNGULAS	
OPERAÇÃO							
CIRURGIÃO		Dr. Crismones					
ANESTESISTA		Dr. Ricardo Loureiro					
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		



Número do Prontuário: 155010

DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1969264 - Clin: ORTOPEdia 2 - End: 5 - Lec: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Atendimento: 1969264

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0 *mesmo*

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

Data da Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JESSEANE

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ator: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCÓPIA;
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 3 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2,0 CRUZADOS SOB ESCÓPIA;
5. CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo
 Euler Fabricio Alves Cruz



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº da prontuário: 19/0264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DR1 - 3
Clínica: UTOP DIA 2 Informaria: 3 Leitor: 1 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

OK
OK

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes

Item	Prescrição	Aprazimento
1	DIETA LIVRE <i>2600 kcal</i>	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 60/60	21/08/2019
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/MIL 2 MIL E.V. 60/60	21/08/2019
4	IBUPROFENAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP. 120x120 Reconstitua 2ML AB13.	21/08
5	OMEPRAZOL 15,1 40MG 1ERA AMP. 240x240 (ADM AS 65) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	CC
6	FRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 MIL E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 19/08/2019 HORA: 09:16:01

PACIENTE EM BEG. ESTÁVEL, SEM DISTURBIAS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

COM TELA AILIS PALMARE

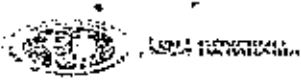
CD: 000

EXAMES PRE OP OK
AGUARDANDO CIRURGIA

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

ASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

David Francisco Lima Silva



CNPJ: 14.051.198/0001-51
 Data: 15/08/2019
 Hora: 09:20:19
 Médico: Everton de Sá da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de inscrição: 1997262 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA RG: 909 Sexo: M
 Nome do Mãe: CLAUDIA LINDA FRAMPTON Data de Nascimento: 15/04/1940 Admão: 15062019001-2
 Classe ORTOMEDIA 2 Internar em: 18/08/2019 Diagnóstico: FRAMPTONIAIS

DATA: 15/08/2019
 MEDICINA: Everton Da Silva Meira

- | Item | Prescrição | Aprovações |
|------|---|------------|
| 1 | DIETA LACTO | |
| 2 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. C.A. 1000ML/DIA | |
| 3 | DIFENHIDRAMINA 500MG/ML, 2 ML. E.V. 100% | |
| 4 | TENSÓNICAM 10 MG/5ML DILUENTE. E.V. 100% 3x/DIA EM
Reposição 2ML 4x/D | |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG. 100MG/5ML 100ML/DIA
Diluir em 100ML DE PENTE PROPRIO | |
| 6 | FRAMPTON, CLOMIDRATO 100 MG/25ML, 2 ML. E.V. 100% 1x/DIA, 1x/DIA SE
NECESSÁRIO | |
| - | PSICOTRÓFICOS | |
| 8 | FRAMPTON 100MG/5ML 100ML/DIA | |

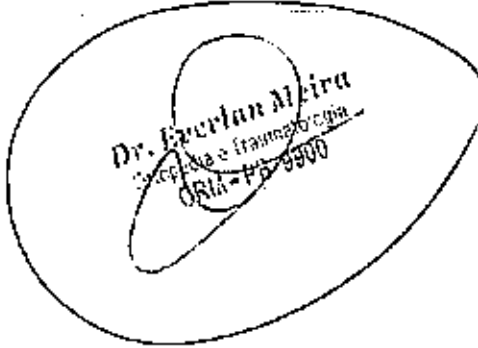
Handwritten signatures and initials, including a circled 'G'.

EVOLUÇÃO

DATA: 15/08/2019 Hora: 09:20:19
 PACIENTE: PACIENTE ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS
 DIURSE: -
 EVACUAÇÕES: -
 CONTROLE ANTI-EPILÉPTICO

CH: VPA
 SELECIONADO POR OP
 ATENDIMENTO CIRÚRGICO

ASSINATURA - CARIMBO
 Everton Da Silva Meira





GOVERNO DA PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5.1
9

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLADDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DHI - 1

Clinica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA: 17/08/2019

MÉDICO(A): Everton Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 6h/6h	
4	TENOXÍCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRASCO AMP. 24h 24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Handwritten notes and signatures in the Aprazamento column, including a circled '06' and various initials.

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:04:58


BEG. ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA VAGA EM ALA ORTOPÉDICA

ASSINATURA: 
 ASSINATURA: **EVERTON DA SILVA MEIRA**
 Everton Da Silva Meira

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

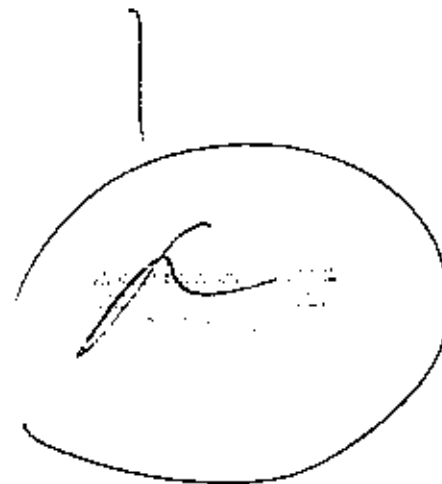
DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039
 Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M
 Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): João Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG FRA AMP, 24h/24h (ADM AN 6h) Diluir em 10 ML. DILUENTE PRÓPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	



$\frac{16}{08}$ PA. $\frac{140}{90}$ P. 72 T 36,8
 $\frac{19}{19}$

Maria José da Silva Franca
COREN-PE/642016-7E

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.578.092 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO

25/11/2020

NOME

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

FILIAÇÃO

GILVAN FLORENCIO DE LIMA SILVA
CLAUDENICE MARIA FRANCISCO

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

09/04 1990

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. Nº16767 - LIV.17 - FLS.179 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

015.976.564-10

LEONARDO DE LIMA SILVA 29/09/89

CARTEIRA DE IDENTIDADE



David F. de Lima Silva

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
REGISTRO DE POPULAÇÃO CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

P.224



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES - DENATRAN

DETRAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CODIGO RENAVAM

00157999785

PLACA

NPV8227

EXERCÍCIO

2020

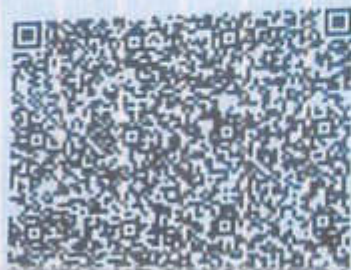
ANO FABRICAÇÃO

2009

ANO MODELO

2009

NÚMERO DO CRV



Valide este QRCode com app Vio

CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CEA

86142065966

CAT

MARCA / MODELO / VERSÃO

HONDA/CG 125 FAN KS

ESPÉCIE / TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

PLACA ANTERIOR / UF

*****/**

CHASSI

9C2JC41109R526308

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: DU12450121 3 - CPF da vítima: 005.976.564-10 4 - Nome completo da vítima: David Francisco de Lima Silva

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

5 - Nome completo: David Francisco de Lima Silva 6 - CPF: 005.976.564-10

7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: Travessia 9 - Número: 951A 10 - Complemento: -

11 - Bairro: NOVA HORIZONTE 12 - Cidade: Campana Grande 13 - Estado: PO 14 - CEP: 58900-000

15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): 831986827591

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:
 RECURSO 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 POUÇANÇA (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: GSB NEON

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 9636543
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrente 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: Solteiro Casado (ou civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Campana Grande PO 28/10/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dejarante) [Assinatura]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

P-234



David



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA JUSTIÇA
COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL
INSTITUTO FEDERAL DE IDENTIFICAÇÃO
CONDOMÍNIO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE

PROVINCIA
ESTADO 2.578.092 - 2ª VIA

DATA DE
EMISSÃO 25/11/2020

NOME DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

MUNICÍPIO

CELIVAN FLORENCIO DE LIMA SILVA
CLAUDENCE MARIA FRANCISCO

NACIONALIDADE

DATA DE VALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

09/04/1990

COD. ORGÃO

CERT. NASC. Nº 16787 - LV 17 - FLS 179 - CARTÓRIO CAMPINA
GRANDE-PB

011-379.964-10

Handwritten signature

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112950/21

Número do Sinistro: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

CPF: 015.976.564-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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.