
Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048422

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS SOUZA

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 do Pedido de Seguro DPVAT devidamente assinado e com os dados bancários atualizados. A entrega deve ser realizada no ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito ou enviado através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br.

A relação das contas bancárias com impedimentos para crédito de indenização e o formulário estão disponíveis no site <https://www.seguradoralider.com.br/>.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230006742

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS SOUZA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000076152984-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

719.767.454-97 Alex dos Santos Souza

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

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

Alex dos Santos Souza 719.767.454-97 cerumista Sítio Riacho da Cobra 500 Vicente do Seridó PB 58159-000 nilotdantas@hotmail.com (83) 3371-2274

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Responda uma opção)

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

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 863386958 4

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha total 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 em cheio.

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

Declaro, sob as penas da lei, que existe impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, entendendo, desde já, que meu pedido será avaliado sob a ótica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §14, declarando que esta indenização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reindicação de contencioso, nem desistência de seu processo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (mãe/cão) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a indenização a ser paga, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a peça/pedido

35 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

37 - Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Picuí - PB, 21/03/2022
ALEX dos Santos Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 3220048922 3 - CPF da vítima: 719767454-97 4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS SOUTA

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

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS SOUTA 6 - CPF: 719767454-97
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RIO MACHO DA CABANA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CAN
11 - Bairro: BOA RUA 12 - Cidade: SÃO VICENTE DO RIO 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58159-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 76152984
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Picuí-13, 17/03/2027

ALEX DOS SANTOS SOUTA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 17/2021

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 17/2021, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Ao vinte e nove dia do mês de abril do ano de 2021, nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob responsabilidade da Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:00h compareceu: **ALEX DOS SANTOS SOUZA**, R.G. n.º 4.924.449 – SSP/PB, CPF 719.767.454-97, brasileiro, união estável, ceramista, natural de São Vicente do Seridó-PB, nascido aos 02.08.2001, com 19 anos de idade, filho de Jose Ednaldo de Souza e de Maria Jose dos Santos, residente e domiciliada no Sítio Riacho das Cabra, São Vicente do Seridó-PB, contato: (83) 9.86586701; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 22 de fevereiro de 2020, por volta das 18:30 h, foi vítima de acidente de trânsito; Que a vítima trafegava da cidade de Nova Palmeira-PB para a cidade Pedra Lavrada-PB, na rodovia PB, quando sobrou em uma curva no município de Pedra Lavrada-PB, vindo a cair ao solo e quebrou o fêmur esquerdo, conforme documentos em anexo; QUE o comunicante vítima conduzia a motocicleta marca Honda/CG150 TITAN KS, ano 2007/2008, cor CINZA, placa MYW-5136-PB, CHASSI N.º 9C2KC08108R047258, licenciada em nome de EDILSON NUNES DOS SANTOS, CPF 064.538.354-60, QUE foi socorrido Para o Hospital do Trauma, em Campina Grande/PB, Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.**

Picuí/PB, 29 de abril de 2021

COMUNICANTE:

Alex dos Santos Souza
ALEX DOS SANTOS SOUZA

TESTEMUNHA 1: JOSINALDO CLAUDINO DE CASTRO, CPF n.º 047.794.234-22, RG: 2.561.871 – SSP/PB, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

TESTEMUNHA MARIA FERNANDA LOPES, RG 4.774.986-SSP-PB, CPF: 116.312.744-22, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

Antonio da Silva Bezerra
Antonio da Silva Bezerra
Agente de Investigação
Matrícula 96.4443



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 17/2021

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 17/2021, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Ao vinte e nove dia do mês de abril do ano de 2021, nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob responsabilidade da Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:00h compareceu: **ALEX DOS SANTOS SOUZA**, R.G. n.º 4.924.449 – SSP/PB, CPF 719.767.454-97, brasileiro, união estável, ceramista, natural de São Vicente do Seridó-PB, nascido aos 02.08.2001, com 19 anos de idade, filho de Jose Ednaldo de Souza e de Maria Jose dos Santos, residente e domiciliada no Sítio Riacho das Cabra, São Vicente do Seridó-PB, contato: (83) 9.86586701; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 22 de fevereiro de 2020, por volta das 18:30 h, foi vítima de acidente de trânsito; Que a vítima trafegava da cidade de Nova Palmeira-PB para a cidade Pedra Lavrada-PB, na rodovia PB, quando sobrou em uma curva no município de Pedra Lavrada-PB, vindo a cair ao solo e quebrou o fêmur esquerdo, conforme documentos em anexo; QUE o comunicante vítima conduzia a motocicleta marca Honda/CG150 TITAN KS, ano 2007/2008, cor CINZA, placa MYW-5136-PB, CHASSI N.º 9C2KC08108R047258, licenciada em nome de EDILSON NUNES DOS SANTOS, CPF 064.538.354-60, QUE foi socorrido Para o Hospital do Trauma, em Campina Grande/PB, Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fê.**

Picuí/PB, 29 de abril de 2021

COMUNICANTE:

Alex dos Santos Souza
ALEX DOS SANTOS SOUZA

TESTEMUNHA 1: JOSINALDO CLAUDINO DE CASTRO, CPF n.º 047.794.234-22, RG: 2.561.871 – SSP/PB, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

TESTEMUNHA MARIA FERNANDA LOPES, RG 4.774.986-SSP-PB, CPF: 116.312.744-22, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

Antonio da Silva Bezerra
Antonio da Silva Bezerra
Agente de Investigação
Matrícula 96.4443

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

719.767.454-97

Alex dos Santos Souza

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

5 - Nome completo:

Alex dos Santos Souza

6 - CPF:

719.767.454-97

7 - Profissão:

ceramista

8 - Endereço:

Sítio Riacho da Cobra

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

São Vicente do Seridó

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58159-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(83) 3371-2274

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Responda uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

863386958

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha total 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 em cheio.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, entendendo, desde já, que meu pedido será avaliado sob a ótica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §14, declarando que esta indenização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, nem desistência do meu pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (mãe/cão)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(o):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a indenização só será paga, caso ocorra, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a carta/pedido

36 - CPF legível de quem assina a carta/pedido

37 - Assinatura de quem assina a carta/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife-PE, 21/03/2022

ALEX dos Santos Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

719.767.454-97

Alex dos Santos Souza

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

5 - Nome completo:

Alex dos Santos Souza

6 - CPF:

719.767.454-97

7 - Profissão:

ceramista

8 - Endereço:

Sítio Riacho da Cobra

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

São Vicente do Seridó

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58159-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(83) 3371-2274

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Responda uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

863386958

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha total 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 em cheio.

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

Declaro, sob as penas da lei, que existe impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, entendendo, desde já, que meu pedido será avaliado sob a ótica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §14, declarando que esta indenização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, nem desistência do meu pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (mãe/cão)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(o):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãe vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a carta/pedido

36 - CPF legível de quem assina a carta/pedido

37 - Assinatura de quem assina a carta/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife-PE, 21/03/2022

ALEX dos Santos Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/04/2023

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8201407

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DOS SANTOS SOUZA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000076152984

Número da Autenticação

9D1B91AC1780C4BD



REFERÊNCIA
SET/2022

Av. Rômulo Góes, 520, Jd. Santa Joana - JF
CNPJ: 06.912.876 - CEP: 58109-000

MATRÍCULA

17421799

DADOS DO CLIENTE:

NIL O TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO 7 DE MACEDO, 145 JK
PICUI PB 58187-000
INSCRIÇÃO: 028 001 020 0304 000

ECONOMIAS:

Residencial: ☒ Comercial: ☐ Industrial: ☐ Pública: ☐

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO:

Situação água: **USADO**

Situação esgoto: **POTENCIAL**

Hidômetro	Condição da leitura:	Condição da leitura:	Data da leitura anterior:
A05A017737	REALIZADA	REALIZADA	02/08/2022
Leitura anterior:	Leitura atual:	Consumo (m³):	Número de dias:
804	825	21	31
			Data da próxima leitura:
			03/10/2022

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetro	Unidade	Valor	Limite
Cloro residual	mg/L	0,5	0,5
pH		7,5	8,5
Temperatura	°C	22	25
Turbidez	NTU	1,2	1,5
Condutividade	µS/cm	120	150

HISTÓRICO DE CONSUMO

Período	Consumo (m³)
01/08/2022	10
02/08/2022	10
03/08/2022	10
04/08/2022	10
05/08/2022	10
06/08/2022	10
07/08/2022	10
08/08/2022	10
09/08/2022	10
10/08/2022	10

CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS:

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE (C\$)		
ATF 10 M3 - 44,03 POR UNIDADE	10 M3	44,03
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,58 POR M3	10 M3	55,80
21 M3 A 30 M3 - R\$ 7,49 POR M3	1 M3	7,49
ESGOTO		

DATA (HORA DA IMPRESSÃO): 02/09/2022 | 08:50:13

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,02 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

RESUMO
SET/2022
VENCIMENTO
09/09/2022
TOTAL (R\$): 108,32

INFORMAÇÕES AO CLIENTE:

"CENSO 2022. A PARTIR DE AGOSTO, ATENDA O RELENSEADOR DE 180E E R ESPONDA CORRETAHENTE."

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUOTA: sorteios da segunda-feira a sábado. AT

251-701951924-6
08/09/2022

HORA DE: 15:50:25
TERM 016431

LOT. 13.017580-0
LOCALIDADE: PICUI
AG. VINCULADA: 0316

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG ESG PARAIBA

VALOR DO PAGAMENTO: 108,32
826200000014 063200190283
017421799010 092027300009

251-701951924-6

1ª VIA



REFERÊNCIA
SET/2022

Av. Rômulo Góes, 520, Jd. Santa Joana - JF
CNPJ: 06.912.876 - CEP: 58109-050

MATRÍCULA

17421799

DADOS DO CLIENTE:

NIL O TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO 7 DE MACEDO, 145 JK
PICUI PB 58187-000

INSCRIÇÃO: 028 001 020 0304 000

ECONOMIAS:

Residencial: ☒ Comercial: ☐ Industrial: ☐ Pública: ☐

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO:

Situação água: **USADO**

Situação esgoto: **POTENCIAL**

Hidômetro	Condição da leitura:	Condição da leitura:	Data da leitura anterior:
A05A017737	REALIZADA	REALIZADA	02/08/2022
Leitura anterior:	Leitura atual:	Consumo (m³):	Número de dias:
804	825	21	31
			Data da próxima leitura:
			03/10/2022

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetro	Unidade	Valor	Limite
Cloro residual	mg/L	0,5	0,5
pH		7,5	8,5
Temperatura	°C	22	25
Condutividade	µS/cm	120	150

HISTÓRICO DE CONSUMO

Período	Consumo (m³)
01/08/2022	10
02/08/2022	10
03/08/2022	10
04/08/2022	10
05/08/2022	10
06/08/2022	10
07/08/2022	10
08/08/2022	10
09/08/2022	10
10/08/2022	10

CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS:

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE (C\$)		
ATF 10 M3 - 44,03 POR UNIDADE	10 M3	44,03
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,58 POR M3	10 M3	55,80
21 M3 A 30 M3 - R\$ 7,49 POR M3	1 M3	7,49
ESGOTO		

DATA (HORA DA IMPRESSÃO): 02/09/2022 | 08:50:13

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,02 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

PERÍODO
SET/2022

PERÍODO
09/09/2022

TOTAL (R\$): 108,32

INFORMAÇÕES AO CLIENTE:

"CENSO 2022. A PARTIR DE AGOSTO, ATENDA O RELENSEADOR DE 180E E R
ESPONDA CORRETAHENTE."

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios da segunda-feira a sábado. AT

251-701951924-6

08/09/2022

HORA DE: 15:50:25

TERM 016431

LOT. 13.017580-0

LOCALIDADE: PICUI

AG. VINCULADA: 0316

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG ESG PARAIBA

VALOR DO PAGAMENTO: 108,32

021200000014 051200190283

017421799010 092027300009

251-701951924-6

1ª VIA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alex do Santos Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.767.454, 99

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima do próprio

inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.767.454, 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58187-000	Tel. (DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 21 de 09 de 2022

Nilo Trigueiro Dantas

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alex do Santos Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.767.454, 99

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima do próprio

inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.767.454, 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58187-000	Tel. (DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 21 de 09 de 2022

Nilo Trigueiro Dantas

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J 08.740.466/0001-35

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

BASE DESCENTRALIZADA PEDRA LAVRADA

Rua: Rua Antônio Cordeiro Filho, S/N - Contato: (83) 3337-4056

CEP: 58.180-000 - Pedra Lavrada - PB



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Pedra Lavrada-PB, no dia 22 de fevereiro de 2020, foi acionado para prestar atendimento com a Unidade de Suporte Básico (USB-51) ao **Sr. ALEX DOS SANTOS SOUZA**, inscrito no CPF 719.767.454-97, vítima de acidente, na PB 177, tipo queda de moto, apresenta fratura exposta de fêmur em MIE (Membro Inferior Esquerdo), ferimento corte contuso em região frontal e occipital da cabeça, com perda significativa de sangue, depressão no crânio, na região parietal. Ao exame PA: 120x80 mmHg, HGT 116, SPO₂ 96%, FC 77 bpm, foi imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, conforme protocolo do APH. Realizado acesso venoso periférico com SRI, e remoção para o Hospital Regional de Trauma - CG, conforme orientação da CRU.

Documento expedido pela direção do serviço por tratar-se de uma base descentralizada e não dispomos de recursos humanos (RH).

Pedra Lavrada-PB 30 de abril de 2021.

Narciza de Lima Porto
Coordenadora Municipal e
Responsável Técnica do SAMU
COREN 319.344

NARCIZA DE LIMA PORTO
Coordenadora e Responsável Técnica do SAMU
Pedra Lavrada-PB

EXAME SECUNDÁRIO / FATOR MÉDICO

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE de hs.
 () Centro diagnóstico
 () Internação (setor)
 () Transferência a outro setor do HCS/UFPA
 () Óbito
 () Alta hospitalar / () Alta revelta
 () Recisão Médica
 () Outro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
.....		
.....		
.....		
.....		



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Estado do Brasil

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/02/2020

Horas: 03:53:19

Médico (a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº da prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 0

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO Enfermeira: Lúcia Leite: 4 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 22/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aproximado
1	BETA LIVRE	28
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	28
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OM/D	28
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, 6h/6h	28
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	28
	Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, 12h/12h	28
	Diluir em 100 ML SF	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/44 ML S.C. INJEÇÃO, 24h/24h (ADM AS 22h)	28
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. JAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	28
10	FISIOTERAPIA MOTORA	28
11	HIGIENE ORAL	28
12	LEIADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	28

EVOLUÇÃO 13 Set 5000 CM 3 M 04.20

DATA: 22/02/2020 HORA: 03:52:47

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDIÇÃO: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS E BE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PB 6657

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Alex dos Santos Souza D.N. 02-08-2001

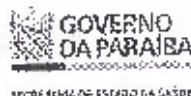
QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO



Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Lucio Górges Fernandes

CIRURGIA T.T.O. Cirurgia e (fratura)

CIRURGIÃO

Dr. Eldimar e Dr. Evandro e Dr.

ANESTESIA

ANESTESIA

Dr. A. D. D. D.

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Norma

09.03.2020

14h 40'

13h 25

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
02	Adrenalina amp.	01	Calei. p. Oxi.	
01	Atropina amp.	35	Calei. De Urinar Sist. Fech.	
01	Diazepam amp.		Compressa Grande	
01	Dimore amp.		Compressa Pequena	
01	Colentina amp.		Coloreida	
01	Etomidato Bextra	01	Dreno de Sucro 4,8	
01	Fentanyl amp.		Dreno Kev n°	
01	Fentanyl ml		Urino Pastroc n°	
01	Propofol Bormamid		Dreno Pozzer n°	
01	Ketorolac ml	01	Equipo de Macroglut	
01	Moracina 0,5 % ml		Equipo de Macroglut	
01	Nubutina amp.		Equipo de Sangue	
01	Propofol amp.	05	Equipo de PVC	
01	Propofol amp.	05	Espandrapo Largo cm	
01	Protexil amp.		Furadim ml	
01	Qualit ml	05	Gase Pacote n° 10 unidades	
01	Rapten amp.		H.O. ml	
01	Trigonembul ml		Intracath Adulto	
01	Traskin amp.		Intracath Infantil	
01	Agua Destilada amp.	09	Lamina de Bisturi n° 23	
01	Decadron amp.		Lamina de Bisturi n° 11	
01	Digoxina amp.	04	Lamina de Bisturi n° 15	
01	Flavonol amp.	06	Luvax 7.0	
01	Flavonol amp.	04	Luvax 7.5	
01	Flavonol amp.	04	Luvax 8.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 8.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 9.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 9.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 10.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 10.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 11.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 11.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 12.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 12.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 13.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 13.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 14.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 14.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 15.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 15.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 16.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 16.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 17.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 17.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 18.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 18.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 19.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 19.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 20.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 20.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 21.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 21.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 22.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 22.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 23.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 23.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 24.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 24.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 25.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 25.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 26.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 26.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 27.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 27.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 28.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 28.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 29.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 29.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 30.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 30.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 31.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 31.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 32.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 32.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 33.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 33.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 34.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 34.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 35.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 35.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 36.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 36.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 37.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 37.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 38.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 38.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 39.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 39.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 40.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 40.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 41.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 41.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 42.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 42.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 43.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 43.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 44.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 44.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 45.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 45.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 46.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 46.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 47.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 47.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 48.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 48.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 49.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 49.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 50.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 50.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 51.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 51.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 52.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 52.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 53.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 53.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 54.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 54.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 55.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 55.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 56.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 56.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 57.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 57.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 58.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 58.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 59.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 59.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 60.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 60.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 61.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 61.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 62.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 62.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 63.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 63.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 64.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 64.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 65.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 65.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 66.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 66.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 67.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 67.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 68.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 68.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 69.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 69.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 70.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 70.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 71.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 71.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 72.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 72.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 73.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 73.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 74.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 74.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 75.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 75.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 76.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 76.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 77.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 77.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 78.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 78.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 79.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 79.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 80.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 80.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 81.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 81.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 82.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 82.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 83.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 83.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 84.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 84.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 85.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 85.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 86.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 86.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 87.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 87.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 88.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 88.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 89.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 89.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 90.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 90.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 91.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 91.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 92.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 92.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 93.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 93.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 94.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 94.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 95.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 95.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 96.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 96.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 97.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 97.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 98.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 98.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 99.0	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 99.5	
01	Flavonol amp.	05	Luvax 100.0	

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TESTE
TPO 5 / ISO 1140-1
Lote CL520941
20-ABR-2021
Referência: 118-03
Avaliação de risco de contaminação por esterilização
em autoclave a vapor de água

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TESTE
TPO 5 / ISO 1140-1
Lote CL520941
20-ABR-2021
Referência: 118-03
Avaliação de risco de contaminação por esterilização
em autoclave a vapor de água

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TESTE
TPO 5 / ISO 1140-1
Lote CL5190218
20-ABR-2021
Referência: 118-03
Avaliação de risco de contaminação por esterilização
em autoclave a vapor de água

Fila cardíaca
Monomylon 2.0 mm
Monomylon
Prolene Sertix
Prolene Sertix
Prolene Sertix
Prolene Sertix
Vicryl Sertix 1 mm
Vicryl Sertix
Vicryl Sertix

SOROS
SF Normocômica 1.500 ml
SG Gelado 1.500 ml
SG Hiperêmico 1.500 ml
SG Ring 1.500 ml
SF 500 ml P/ limpeza

ORTOSE E PRÓTESE
Bio Implants
03 Placa al. furas n° 5B
08 Parafusos

EQUIPAMENTOS
X Oxímetro de Pulso
Serra
Desfibrilador
X Foco Frenel
Fonte de Luz
() Foco Auxiliar
(X) Eletrocardiograma
() Oxímetro de Sat
(X) Cardiomonitor
(X) Perfusor e infuso

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Maurício
Mário José B. B. B. B.
Téc. B. B. B. B.
LOREN-PA 250741

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Alis dos Santos Souza	Idade:	28a
Convênio:	SOS	Data:	30/04/2020
Procedimento:	Intubação orotraqueal, aspiração de secreção		
Cirurgião:	Dr. Euler R.	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Piyon
Início:	14h 00	Termino:	15h 00
		Anestesia:	Propofol

[illegible]

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Entoparil 0.2	
folha S&A	0.4/pe

Observações:

Assinatura Anestesiologista

Circulante

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0281

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Procedimento de Cirurgia Cód. Procedimento: _____Paciente: Alfredo de Souza SilvaData da Cirurgia: 12/07/2011 Nº prontuário: 111211 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Carlos Código: _____☐ Reposição ☒ Colar Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Esponjoso T300			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Moleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

Anotações do Médico:

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. de consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Dr. Arnaldo de S. Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-SP. 1925

02/07-2

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0299

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Implante de Prótese Cód. Procedimento: _____Paciente: Dr. João de DeusData da Cirurgia: 01/03/2006 Nº prontuário: 123456 Convênio: _____Cirurgião: Dr. João de Deus Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Implante de Prótese			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	35	38	40	42	46			
	Qtd.	05	01	01	01	01			
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

Dr. Edmar Soares de Araújo
Médico Especialista em Otorrinolaringologia
CRM: 8860
CPP: 240.370.704-20

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____



Paraíba
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-53

Data: 24/02/2020

Horas: 05:43:53

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 12/02/2020 DHE - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 0 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DATA 24/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aproximado
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1 VRA AMP. 12h/12h 21/03/03 Reconstituir 10-ML. ABD. Diluir em 100 ML. S?	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
5	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 VRA-AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML. SF	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/02/2020 HORA: 05:43:18

2º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA

BEG. ESTÁVEL

NV: OK

E.O. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 5843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



HOSPITAL DE REFERÊNCIA
CURITIBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/02/2020

Horas: 09:47:23

Médico(a) Disciplina: João Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome de Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEdia 2 Sala Cirúrgica: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 25/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): João Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aparentamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12 20
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 36
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	52
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	36
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	52
10	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	Atenção
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/02/2020 HORA: 09:46:34

ORTOPEdia EVOLUÇÃO

3º DIA DE FIXAÇÃO EXTERNA

PACIENTE EVOLUI EM BEM, ESTÁVEL

NV: OK

EO. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
João Cesar Ribeiro De Castro

João Cesar Ribeiro De Castro
Médico(a) Disciplina: Ortopedia
Data: 25/02/2020



Pernambuco
SAÚDE
Secretaria de Saúde

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/02/2020

Horas: 08:49:42

Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 IDH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 26/02/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Apeçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. TBRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 30 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP, 12h/12h (Reconstituir 2ML ABD)	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG VO, TCAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 12h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/02/2020 HORA: 08:49:27

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIAS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
CRM: 10.848.190/0001-55
26/02/2020 - 08:49:27



PARAÍBA
Governador de Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FÊMUR ESQUERDO

DIA 27/02/2020

MEDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA LIVRE	cte
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 FRASCO 12h/12h	12h
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12h
4	CEFOXICAM 30 MG SEM DILUENTE E.V. 1 ERA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABQ.	12h
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	8h
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS. 24h/24h (ADM AS 6h)	24h
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA. 24h/24h (ADM AS 22h)	24h
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	24h
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECURTIO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/02/2020 HORA: 07:34:23

ORTOPEDIA

6º DIH

PCT SEGUE EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-OB 8843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



Paraíba
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.545.190/0001-55

Data: 28/02/2020

Hora: 03:43:16

Médico (a) Titular: Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112278 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DM1 - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermidade: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

Data 28/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1xRASCOS, 12h/12h	
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	LENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRAMPOL 12h/12h Reconstitua 2ML ASD	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/20 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 23h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/02/2020 HORA: 03:43:06

ORTOPEDIA

2º DIA

PCT SEGUE EM REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RS 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Hospital de Referência

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/03/2020

Hora: 09:11:06

Médico(a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 UH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DATA 02/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aposentamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. UTASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMETRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	S/N
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	S/N
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 02/03/2020 HORA: 09:10:35

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



GOVERNO DO ESTADO
PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/03/2020

Horas: 08:54:53

Médico (a) Titular: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHE - 10

Clínica: ORTOPEDIA ? Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 03/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL 20 MG VO. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 5h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	HIGIENE ORAL	ok
10	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	ok
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	x/pe

EVOLUÇÃO

DATA: 03/03/2020 HORA: 08:54:39

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



Paraná
GOVERNO DO PARANÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/03/2020

Horas: 10:26:36

Médico(a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOEZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHF - 1/

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 04/03/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. (FRASCO, 12h/12h)	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. (AMPOLA, 6h/6h)	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. (FRA AMP, 12h/12h) Reconstituir 2ML, ABD,	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. (AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h)	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. (SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. (AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO)	
9	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/03/2020 HORA: 10:25:58

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CB: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 5543

06/03/20

9:55

PA 97x57

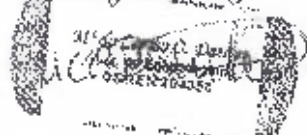
Pubro 96

Temp 36.4

Fato o anato o

a ano 05/03/20

medica lo





Pará
GOVERNO DO ESTADO

CNPJ: 10.848.490/0001-55

Data: 08/03/2020

Horas: 11:04:55

Médico(a) Donista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 518 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DH - 15

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 08/03/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE <i>Dieta 2ª e 3ª de 02 em 02</i>	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM SOLUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h	
5	ONBANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1C/24h, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARENA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/03/2020 HORA: 11:04:02

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

17 DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

DOR: 1+/4+

COM FIXADOR EXTERNO LINEAR DE FÊMUR

PO: SECA, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ.

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

DA Everlan Meira
CRM: 10.848.490/0001-55
08/03/2020



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/03/2020
Hora: 11:48:10
Médico (a) Distrita: Eldimar Soares De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2412279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DJH - 16

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DATA: 09/03/2020

MEDICO(A): Eldimar Soares De Araújo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCOS, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OD/5D	
4	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
5	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. FAMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML ABD,	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. FAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
9	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
10	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. USERINGIA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. FAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	HIGIENE ORAL	
15	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/03/2020 HORA: 11:47:41

ORTOPEDIA
TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS
A SRPA

SOL RXS DE CONTROLE

Dr. Eldimar Soares de Araújo
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM: 6986
CPF: 043.078.784-26

ASSINATURA + CARIMBO
Eldimar Soares De Araújo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Eldimar Soares De Araujo

CNPJ: 08.778.362/0001-52
Data: 09/03/2020



PARAIBA
GOVERNO DO ESTADO

Número do Prontuário: 183124

DATA DA CIRURGIA: 09/03/2020

Número do Atendimento: 2112279 Clin: ORTOPEDIA 2 / EnC: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Atendimento: 2112279

Diagnostico Pré-Operatório: FX FEMUR ESQ

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: RMS + OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: *Alisson*

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA +
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO;

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS

05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS

06- REDUÇÃO CRUENTA + + FIXACAO COM PLACA DCP 4.5MM

07- SF0.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO

08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Data 09/03/2020

Assinatura/Carimbo
Eldimar Soares De Araujo

Eldimar Soares de Araujo
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM: 8960
CPF: 043.079.784-20

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOUTOR LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	UF / PAQUETADO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME			IDADE	SEXO	COR
DATA 22.03.2010	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PEÇO	ALICHA	
TPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	ACIDÓMETRO	EUCIDEMIA	URÉIA	GLICOSE	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO NDA					VOM	BROQUITE	
AP. CIRCULATORIO NDA					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO Líquido @	DENTES @	PERCUTIDO @	AP. UROLÓGICO NDA				
ESTAD. MENTAL Razão K - Lote	ATAQUE RÍGIDO @	DISSINCRÔNIA @	ALERGIA Nda				
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO Exatidão de tumor @					ESTAD. FISIOLOG. KSI 16	RISCO @	
ANESTESIAS ANTERIORES Nda							
COMPLICAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS Nda				APLICADA	Nda	EFEITO	
AGENTES ANESTÉTICOS QUÍMICOS LÍQUIDOS GRÁFICO DA VIDA: O PULSO, A RESPIRAÇÃO NA ANESTESIA, O EFEITO DA ANESTESIA. SÍNTESE DAS ANOTAÇÕES (SIL) RESCUSAR Satisf.: _____ Excit.: _____ Tossir: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO Oxigênio 10% Oxigênio 10% Oxigênio 10% Oxigênio 10% AnESTESIA SATISF.: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na CD: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula Pare o Leito Sim ☐ Não ☒ CONDIÇÕES Bom							
INDICAÇÃO NDA							
AGENTES NDA							
TÉCNICA Razão K - Lote							
OPERAÇÃO Exatidão de tumor @							
CIRurgiões Dr. Euler							
ANESTESISTAS Dr. Euler							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ OPERATORIAS E POST-OPERATORIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

CIRCULANȚE RESPONSABIL

Adriana  
 Avenida Ferreira Arôja
 Rec. de Enfermagem
 COREN - 227764

MC: neg



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 16.848.198/0001-55

Data: 10/03/2020

Horas: 09:57:43

Médico(a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 17

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

DIA 10/03/2020

MÉDICO(A): Edilton Soares De Araújo / MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apuramento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCDO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP 12h/12h ID/SD Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	
5	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h Reconstituir 2ML ABD	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 3CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGUA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	efe
12	HIGIENE ORAL	efe
13	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	efe

EVOLUÇÃO

DATA: 10/03/2020 HORA: 09:56:49

ORTOPEDIA

1 dpo evoluindo bem sem intercorrências

el curativo retirar dreno

OK

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Médico(a) Diarista
CRM: 10.000.000-00
CNPJ: 16.848.198/0001-55

11/03/2020

ESTCC-Paraná Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE LUIZ GONZAGA FERNANDES - ANUPL: 04/078.21550038-22
Av. Mel. Pimenta Prista, 4708 - Malhada, Campo Grande - PR, CEP: 84012-800 Data: 11/03/2020
Hospitais e Hospitais (B.E.) - Modelo 01 / NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARANÁ
Estado do Paraná



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Data da Alta: 11/03/2020

Registro: 2112279

Tempo de Permanência: -18315

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cirurgia: SÍNTESE

Data: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/03/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J 08.740.466/0001-35

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

BASE DESCENTRALIZADA PEDRA LAVRADA

Rua: Rua Antônio Cordeiro Filho, S/N - Contato: (83) 3337-4056

CEP: 58.180-000 - Pedra Lavrada - PB



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Pedra Lavrada-PB, no dia 22 de fevereiro de 2020, foi acionado para prestar atendimento com a Unidade de Suporte Básico (USB-51) ao **Sr. ALEX DOS SANTOS SOUZA**, inscrito no CPF 719.767.454-97, vítima de acidente, na PB 177, tipo queda de moto, apresenta fratura exposta de fêmur em MIE (Membro Inferior Esquerdo), ferimento corte contuso em região frontal e occipital da cabeça, com perda significativa de sangue, depressão no crânio, na região parietal. Ao exame PA: 120x80 mmHg, HGT 116, SPO₂ 96%, FC 77 bpm, foi imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, conforme protocolo do APH. Realizado acesso venoso periférico com SRI, e remoção para o Hospital Regional de Trauma - CG, conforme orientação da CRU.

Documento expedido pela direção do serviço por tratar-se de uma base descentralizada e não dispomos de recursos humanos (RH).

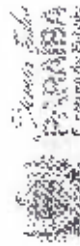
Pedra Lavrada-PB 30 de abril de 2021.

Narciza de Lima Porto
Coordenadora Municipal e
Responsável Técnica do SAMU
COREN 319.344

NARCIZA DE LIMA PORTO
Coordenadora e Responsável Técnica do SAMU
Pedra Lavrada-PB

22/02/2020

Paciente Alex dos Santos



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 2112270 CLASS. DE RISCO: **BAIXO**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ 02.778.208/00018-52 Data: 22/02/2020
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Milvinópolis, Campina Grande - PB, CEP: 53452-809
Setor de Emergência (B.E) - Modelo C7
Atendente: **acompanhamento**

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS

SOUZA

Endereço: RUA RIACHOS DAS CADEIAS

Cidade: Sertão

Sexo: M

Telefone:

Idade: 38

Bairro: ZONA RURAL

RG:

Nº

CPF:

Profissão:

Responsável: MARIA JOSE DOS SANTOS

Data de

CNS: 898085152197806

Estado Civil: Solteiro(a)

Atendimento: 22/02/2020

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Hora: 08:45:54

OBS: FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: %

Grau: 1º Grau

1º Grau

2º Grau

3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

%

Grau: 1º Grau

2º Grau

3º Grau

4º Grau

5º Grau

6º Grau

7º Grau

8º Grau

9º Grau

10º Grau

11º Grau

12º Grau

13º Grau

14º Grau

15º Grau

16º Grau

17º Grau

18º Grau

19º Grau

20º Grau

21º Grau

22º Grau

23º Grau

24º Grau

25º Grau

26º Grau

27º Grau

28º Grau

29º Grau

30º Grau

31º Grau

32º Grau

33º Grau

34º Grau

35º Grau

36º Grau

37º Grau

38º Grau

39º Grau

40º Grau

41º Grau

42º Grau

43º Grau

44º Grau

45º Grau

46º Grau

47º Grau

48º Grau

49º Grau

50º Grau

51º Grau

52º Grau

53º Grau

54º Grau

55º Grau

56º Grau

57º Grau

58º Grau

59º Grau

60º Grau

61º Grau

62º Grau

63º Grau

64º Grau

65º Grau

66º Grau

67º Grau

68º Grau

69º Grau

70º Grau

71º Grau

72º Grau

73º Grau

74º Grau

75º Grau

76º Grau

77º Grau

78º Grau

79º Grau

80º Grau

81º Grau

82º Grau

83º Grau

84º Grau

85º Grau

86º Grau

87º Grau

88º Grau

89º Grau

90º Grau

91º Grau

92º Grau

93º Grau

94º Grau

95º Grau

96º Grau

97º Grau

98º Grau

99º Grau

100º Grau

101º Grau

102º Grau

103º Grau

104º Grau

105º Grau

106º Grau

107º Grau

108º Grau

109º Grau

110º Grau

111º Grau

112º Grau

113º Grau

114º Grau

115º Grau

116º Grau

117º Grau

118º Grau

119º Grau

120º Grau

121º Grau

122º Grau

123º Grau

124º Grau

125º Grau

126º Grau

127º Grau

128º Grau

129º Grau

130º Grau

131º Grau

132º Grau

133º Grau

134º Grau

135º Grau

136º Grau

137º Grau

138º Grau

139º Grau

140º Grau

141º Grau

142º Grau

143º Grau

144º Grau

145º Grau

146º Grau

147º Grau

148º Grau

149º Grau

150º Grau

151º Grau

152º Grau

153º Grau

154º Grau

155º Grau

156º Grau

157º Grau

158º Grau

159º Grau

160º Grau

161º Grau

162º Grau

163º Grau

164º Grau

165º Grau

166º Grau

167º Grau

168º Grau

169º Grau

170º Grau

171º Grau

172º Grau

173º Grau

174º Grau

175º Grau

176º Grau

177º Grau

178º Grau

179º Grau

180º Grau

181º Grau

182º Grau

183º Grau

184º Grau

185º Grau

186º Grau

187º Grau

188º Grau

189º Grau

190º Grau

191º Grau

192º Grau

193º Grau

194º Grau

195º Grau

196º Grau

197º Grau

198º Grau

199º Grau

200º Grau

201º Grau

202º Grau

203º Grau

204º Grau

205º Grau

206º Grau

207º Grau

208º Grau

209º Grau

210º Grau

211º Grau

212º Grau

213º Grau

214º Grau

215º Grau

216º Grau

217º Grau

218º Grau

219º Grau

220º Grau

221º Grau

222º Grau

223º Grau

224º Grau

225º Grau

226º Grau

227º Grau

228º Grau

229º Grau

230º Grau

231º Grau

232º Grau

233º Grau

234º Grau

235º Grau

236º Grau

237º Grau

238º Grau

239º Grau

240º Grau

241º Grau

242º Grau

243º Grau

244º Grau

245º Grau

246º Grau

247º Grau

248º Grau

249º Grau

250º Grau

251º Grau

252º Grau

253º Grau

254º Grau

255º Grau

256º Grau

257º Grau

258º Grau

259º Grau

260º Grau

261º Grau

262º Grau

263º Grau

264º Grau

265º Grau

266º Grau

267º Grau

268º Grau

269º Grau

270º Grau

271º Grau

272º Grau

273º Grau

274º Grau

275º Grau

276º Grau

277º Grau

278º Grau

279º Grau

280º Grau

281º Grau

282º Grau

283º Grau

284º Grau

285º Grau

286º Grau

287º Grau

288º Grau

289º Grau

290º Grau

291º Grau

292º Grau

293º Grau

294º Grau

295º Grau

296º Grau

297º Grau

298º Grau

299º Grau

300º Grau

301º Grau

302º Grau

303º Grau

304º Grau

305º Grau

306º Grau

307º Grau

308º Grau

309º Grau

310º Grau

311º Grau

312º Grau

313º Grau

314º Grau

315º Grau

316º Grau

317º Grau

318º Grau

319º Grau

320º Grau

321º Grau

322º Grau

323º Grau

EXAME SECUNDÁRIO / FATOR MEDICO

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE de hs.

- () Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () Alta reativa
 () Internação (setor) () Procedimento Médico
 () Transferência a outro setor do HCS/UFPA () Outro

Ass. do paciente no responsável (quando necessário)

9



Secretaria de Saúde
PARAIBA
Estado do Rio Grande do Norte

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/02/2020

Horas: 03:53:19

Médico (a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº da prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 0

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO Enfermeira: Lúcia Leite: 4 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 22/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aproximado
1	BETA LIVRE	28
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	28
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OM/D	28
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, 6h/6h	28
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	28
	Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, 12h/12h	28
	Diluir em 100 ML SF	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/44 ML S.C. INJEÇÃO, 24h/24h (ADM AS 22h)	28
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. JAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	28
10	FISIOTERAPIA MOTORA	28
11	HIGIENE ORAL	28
12	LEIADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	28

EVOLUÇÃO 13 Set 5000 CM 3 M 04.20

DATA: 22/02/2020 HORA: 03:52:47

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDIÇÃO: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PA 6657

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVENIO		IDADE		REGISTRO	
Alex dos Santos Souza D.N. 02-08-2003				SUS		38 anos		9119979	
CIRURGIA T.T.O. Cirurgica e Cirurgica		CIRURGIÃO		Dr. Eldimar e Dr. Evangelina e Dr.					
Fratura de Fêmur		ANESTESIA		Dr. A. D. D.					
ANESTESIA									
Raque + Sedação									
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		FIM			
Norma		09-03-2020		14h 40'		13h 25'			
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Gasotrans		Qtd.		FIOS		CÓDIGO	
Adrenalina amp.		01		Catet. p/ Oxi.		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Atropina amp.		01		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Referência:			
Diazepam amp.		35		Compressa Grande		TIP 5 / ISO 1144-1			
Dinire amp.		01		Compressa Pequena		Lote CL5209419			
Dolantina amp.		01		Colorada		20-ABR-2021			
Esteril Bextra		01		Dreno de Sucção 4,8		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Fenileno amp.		01		Dreno Kerr n°		Referência:			
Fentani ml		01		Urino Pálrose n°		TIP 5 / ISO 1144-1			
Fentani ml		01		Dreno Pozzer n°		Lote CL5209419			
Ketans ml		01		Equipo de Macrogotas		20-ABR-2021			
Mecanina		01		Equipo de Sangue		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Nubatin amp.		01		Equipo de PVC		Referência:			
Pavilion amp.		01		Espandrapo Largo cm		TIP 5 / ISO 1144-1			
Prolongine amp.		01		Furacina ml		Lote CL5209419			
Protexido ml		01		Gase Pacote de 10 unidades		20-ABR-2021			
Quechid ml		01		H.O. ml		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Rapiden amp.		01		Intracath Adulto		Referência:			
Thiogenbutol ml		01		Intracath Infantil		TIP 5 / ISO 1144-1			
Traskin amp.		01		Lamina de Bisturi n° 25		Lote CL5209419			
MEDICAÇÕES		01		Lamina de Bisturi n° 11		20-ABR-2021			
Agua Destilada amp.		01		Lamina de Bisturi n° 15		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Decadron amp.		01		Luvas 7.0		Referência:			
Dipirona amp.		01		Luvas 7.5		TIP 5 / ISO 1144-1			
Flaxidol amp.		01		Luvas 8.0		Lote CL5209419			
Fieboceptin amp.		01		Luvas 8.5		20-ABR-2021			
Gentamicina		01		Luvas 9.0		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Glucose amp.		01		Oxigênio l/m		Referência:			
Glucose de Cálcio amp.		01		Póssio		TIP 5 / ISO 1144-1			
Hapmapol ml		01		PVP Degemante ml		Lote CL5209419			
Heparina ml		01		PVP Tópico ml		20-ABR-2021			
Kunaklin amp.		01		Saco coletor		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Lasix amp.		01		Seringa desc. 10 ml		Referência:			
Medroglizol.		01		Seringa desc. 20 ml		TIP 5 / ISO 1144-1			
Plast amp.		01		Seringa desc. 50 ml		Lote CL5209419			
Ponlamina		01		Sonda		20-ABR-2021			
Renvan amp.		01		Sonda Foley		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Stuplanch amp.		01		Sonda Nasogálica		Referência:			
Defantina 1g		01		Sonda Uretal n°		TIP 5 / ISO 1144-1			
MATERIAIS / SOLUÇÕES		01		Soro Soro		Lote CL5209419			
Agulha desc. 25 x 7		01		Soro Soro		20-ABR-2021			
Agulha desc. 25 x 7		01		Soro Soro		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Agulha desc. 25 x 7		01		Soro Soro		Referência:			
Agulha p/ raque n° 25		01		Soro Soro		TIP 5 / ISO 1144-1			
Alcool do Entenagem		01		Soro Soro		Lote CL5209419			
Alcool Iodado ml		01		Soro Soro		20-ABR-2021			
Ataduras de Crapon		01		Soro Soro		CLEAN (VAPOR / STEAM) INTEGRADOR QUÍMICO			
Ataduras de Gessada		01		Soro Soro		Referência:			

Harvard

Maria José B. Claudino
Téc. Enfermeira
COREN-PR 260745

2025-2026

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Alis dos Santos Souza	Idade:	28a
Convênio:	SOS	Data:	30/04/2020
Procedimento:	Intubação orotraqueal, aspiração de secreções		
Cirurgião:	Dr. Euler R.	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Piyon
Início:	14h 00	Termino:	15h 00
		Anestesia:	Propofol

[illegible]

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Entoparil 0.2	
folha S&A	0.4/pe

Observações:

Assinatura Anestesiologista

Circulante



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0281

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Procedimento de Cirurgia Cód. Procedimento: _____Paciente: Alfredo de Souza SilvaData da Cirurgia: 12/07/2011 Nº prontuário: 111211 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Carlos Código: _____☐ Reposição ☒ Colar Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Esponjoso T300			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Moleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

Anotações do Médico:

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. de consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Gra. Anamaria da S. Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-08.1925

02/07-2

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0299

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Implante de Prótese Cód. Procedimento: _____Paciente: Dr. João de DeusData da Cirurgia: 01/03/2006 Nº prontuário: 123456 Convênio: _____Cirurgião: Dr. João de Deus Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Implante de Prótese			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	35	38	40	42	46			
	Qtd.	05	01	01	01	01			
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

Dr. Edmar Soares de Araújo
Médico Especialista em Ortopedia
CRM: 8860
CPP: 240.370.704-20

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____



Paraíra
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-53

Data: 24/02/2020

Horas: 05:43:53

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 12/02/2020 DHE - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 0 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DATA 24/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aproximado
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1 VRA AMP. 12h/12h 21/03/03 Reconstituir 10-ML. ABD. Diluir em 100 ML. S?	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
5	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 VRA-AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML. SF	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/02/2020 HORA: 05:43:18

2º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA

BEG. ESTÁVEL

NV: OK

E.O. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 5843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



HOSPITAL DE REFERÊNCIA
CURITIBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/02/2020

Horas: 09:47:23

Médico(a) Disciplina: João Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 211.2279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome de Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEdia 2 Sala Cirúrgica: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 25/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): João Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aparentamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12 20
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 36
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	52
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	36
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	52
10	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	Atenção
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/02/2020 HORA: 09:46:34

ORTOPEdia EVOLUÇÃO

3º DIA DE FIXAÇÃO EXTERNA

PACIENTE EVOLUI EM BEM, ESTÁVEL

NV: OK

EO. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
João Cesar Ribeiro De Castro

João Cesar Ribeiro De Castro
Médico(a) Disciplina: Ortopedia
Data: 25/02/2020



Pernambuco
SAÚDE
Secretaria de Saúde

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/02/2020

Horas: 08:49:42

Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 IDH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 26/02/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida

Item	Prescrição	Apeçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. TBRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXCAM 30 MG SEM DILUENTE E.V. TERA AMP, 12h/12h (Reconstituir 2ML ABD)	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG VO, TCAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 12h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/02/2020 HORA: 08:49:27

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIAS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida
CRM: 10.848.190/0001-55
26/02/2020 - 08:49:27



PARAÍBA
Governador de Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FÊMUR ESQUERDO

DIA 27/02/2020

MEDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Apraxamento
1	DIETA LIVRE	cte
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO 12h/12h	12 18 24
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	12 18 24
4	CEFOXICAM 30 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABQ.	18 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. 24h/24h (ADM AS 6h)	24
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA. 24h/24h (ADM AS 22h)	24
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECURTO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/02/2020 HORA: 07:34:23

ORTOPEDIA

6º DIH

PCT SEGUE EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-OB 8843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



Paraíba
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.545.190/0001-55

Data: 28/02/2020

Hora: 03:43:16

Médico (a) Titular: Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112278 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DM - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermidade: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

Data 28/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML EV. 1 FRASCO, 12h/12h	
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML EV, 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	LENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV. 1 FRASCO, 12h/12h	
5	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/20 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 23h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/02/2020 HORA: 03:43:06

ORTOPEDIA

2º DH

PCT SEGUE EM REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Hospital de Referência

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/03/2020

Hora: 09:11:06

Médico(a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 UH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

Data: 02/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aposentamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. UTASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABQ	
5	OMETRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	S/N
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	S/N
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

Data: 02/03/2020 Hora: 09:10:35

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



GOVERNO DO ESTADO
PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/03/2020

Horas: 08:54:53

Médico (a) Titular: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHE - 10

Clínica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 03/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL 20 MG VO. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 5h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	HIGIENE ORAL	ok
10	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	ok
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	x/pe

EVOLUÇÃO

DATA: 03/03/2020 HORA: 08:54:39

ORTOPEdia

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



Paraná
GOVERNO DO PARANÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/03/2020

Horas: 10:26:36

Médico(a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOEZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHF - 1/

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 04/03/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/03/2020 HORA: 10:25:58

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CB: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 5543

06/03/20

9:55

PA 97x57

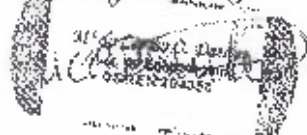
Pubro 96

Temp 36.4

Fato o anato o

a ano 05/03/20

medica lo





Pará
GOVERNO DO ESTADO

CNPJ: 10.848.490/0001-55

Data: 08/03/2020

Horas: 11:04:55

Médico(a) Donista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 518 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 15

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DLA 08/03/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE <i>Dieta nro 2 e parte da 02 em</i>	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM SOLUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h	
5	ONBANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/3ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1C/24h, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARENA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/03/2020 HORA: 11:04:02

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

17 DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

DOR: 1+/4+

COM FIXADOR EXTERNO LINEAR DE FÊMUR

PO: SECA, SEM SINAIS DE FLOGOSE

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ.

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

DA Everlan Meira
CRM: 10.848.490/0001-55
08/03/2020



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/03/2020
Hora: 11:48:10
Médico (a) Distrita: Eldimar Soares De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2412279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DJH - 16

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DATA: 09/03/2020

MÉDICO(A): Eldimar Soares De Araújo

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCOS, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCOS, 12h/12h OD/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. FAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCOS, 12h/12h Reconstituir 2 ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. FAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. USERINGIA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. FAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	
13	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/03/2020 HORA: 11:47:41

ORTOPEDIA
TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS
A SRPA

SOL RXS DE CONTROLE

Dr. Eldimar Soares de Araújo
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM: 6986
CPF: 043.078.784-26

ASSINATURA + CARIMBO
Eldimar Soares De Araújo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Eldimar Soares De Araujo

CNPJ: 08.778.362/0001-52
Data: 09/03/2020



PARAIBA
GOVERNO DO ESTADO

Número do Prontuário: 183124

DATA DA CIRURGIA: 09/03/2020

Número do Atendimento: 2112279 Clin: ORTOPEDIA 2 / EnC: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Atendimento: 2112279

Diagnostico Pré-Operatório: FX FEMUR ESQ

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: RMS + OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: *Alisson*

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA +
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO;

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS

05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS

06- REDUÇÃO CRUENTA ++ FIXACAO COM PLACA DCP 4.5MM

07- SF0.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO

08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Data 09/03/2020

Assinatura/Carimbo
Eldimar Soares De Araujo

Eldimar Soares de Araujo
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM: 8960
CPF: 043.079.784-20

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOUTOR LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	UF / PAQUETE DO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME			IDADE	SEXO	COR
		Alcides da Silva				M	Pardo
DATA	PROSSA ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PECO	ALICHA	
22/03/2010							
TPO SANGÜINEO	HEMOGLOBINA	HEMOGLOBINA	ACIDÓMETRO	ELUCIDA	URINA	GLICOSE	
40. RESPIRATORIO						VOZ	BROQUITE
41. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA	
42. DIGESTIVO			DENTES	PERCUTIDO	AR. UPRIMADO		
Líquido @			(+)	(-)	VDH		
ESTAD. MENTAL			ATAXIA RIGIDA	DISCOORDIN.	ALERGIA	HIPOTERMIA	
Bacou N. - Lote			-	-	Não	-	
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO						ESTAD. FISIOLOG.	RISCO
Procedimento de tumor @						ASA I	@
ANESTESIAS ANTERIORES							
Nada							
COMPLICAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS				APLICADA	AS	EFETO	
Up							
AGENTES ANESTÉSICOS LÍQUIDOS VITALS VS ARTERIAL, O PULSO, O - RESPIRAÇÃO NA ANESTESIA, O - OPORTUNIDADE SÍNTOMAS E ANOTAÇÕES (SPL) INDICAÇÃO DDH AGENTES MDT, Gase + FNT 50mg / Neomaxina pronta para + fentanyl 50mg TECNICA Regime de pressão + sedação OPERADOR Procedimento de tumor @ GRUPOS Dr. Euler ANESTESISTAS Dr. Oliveira OBSERVAÇÕES Anestesia com complicações pré-operatórias e pós-operatórias. RESCUS Satisf.: _____ Excit.: _____ Vaso: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO Oxigenação 100% Oxigenação 100% Oxigenação 100% Oxigenação 100% ANESTESIA SATISF: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na CD: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula Para o Leito: Sim ☐ Não ☒ CONDIÇÕES Estabilidade CÂRRILAS _____							

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Alex dos Santos Souza - DN: 02/08/2001

LEITE Sala 03 CONVENIO SUS BADE 18 REGISTRO 8142240

CIRURGIA Trat. cirúrgico do Proctum CIRURGIÃO Dr. Guedes

ANESTESIA Raqui ANESTESIA Dr. Alexson

INSTRUMENTADORA DATA 22/02/20 INICIO 03:00 FIM 04:00

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS

Adrenalina amp. 01 Catgut cromado Sertix

Atropina amp. 01 Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. 01 Catgut cromado Sertix

Dimetila amp. 01 Catgut Simplex

Dolantina amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Etrona ml 01 Catgut Simplex Sertix

Fenacem amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Fentanil ml 01 Catgut Simplex Sertix

Novo 01 Catgut Simplex Sertix

Rela'ar ml 01 Catgut Simplex Sertix

Marcapina 01 Catgut Simplex Sertix

Mubala amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Pavilon amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Protamina amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Propofol ml 01 Catgut Simplex Sertix

Quelona ml 01 Catgut Simplex Sertix

Rapifen amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Tramadol ml 01 Catgut Simplex Sertix

Tridolam amp. 01 Catgut Simplex Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES Qtd. SOROS

Agua Destilada amp. 01 SG Normotônico fr 500 ml

Decatron amp. 01 SG Gelado fr 500 ml

Dipirona amp. 01 SG Hipertônico fr 500 ml

Flaxico amp. 01 SG Ring fr 500 ml

Rebocto amp. 01 SG fr 500 ml

Geranidina amp. 01 SG fr 500 ml

Cicose amp. 01 SG fr 500 ml

Glucosa de Cálcio amp. 01 SG fr 500 ml

Haemacel ml 01 SG fr 500 ml

Hoparenta ml 01 SG fr 500 ml

Kanaken amp. 01 SG fr 500 ml

Lasix amp. 01 SG fr 500 ml

Madrolina ml 01 SG fr 500 ml

Plasil amp. 01 SG fr 500 ml

Prilamin 01 SG fr 500 ml

Pachan amp. 01 SG fr 500 ml

Scaplan amp. 01 SG fr 500 ml

Cefalosina 01 SG fr 500 ml

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES Qtd. ORTESES E PROTESES

Agulha desc. 25 x 25 01 SF PT Limb. p/so

Agulha desc. 28 x 28 01 SF PT Limb. p/so

Agulha desc. 3 x 4,5 01 SF PT Limb. p/so

Agulha girante nº 25 01 SF PT Limb. p/so

Acetil de Eufennacem 01 SF PT Limb. p/so

Alcool Iodado ml 01 SF PT Limb. p/so

Aladuras de Crepon 300cm 01 SF PT Limb. p/so

Aladuras de Gessada 01 SF PT Limb. p/so

Azul metileno amp. 01 SF PT Limb. p/so

Benzina ml 01 SF PT Limb. p/so

Qtd. EQUIPAMENTOS

01 Oxímetro de Pulso

01 Serna

01 Desfibrilador

01 Foco Frontal

01 Fonte de Luz

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico

01 Foco Auxiliar

01 Eletrocautério

01 Oxigênio

01 Cardiomonitor

01 Perfurador Elétrico



James A. Baker
PARAIBA
Governor of Paraíba

CNPJ: 16.848.198/0001-55

Deja: 100302020

Hours: 09:57:43

Médico (a) Dentista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do proleatário: 2142279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DDI - 17

Clinico: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DÍAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 10-03/2020

MÉDICO(A): Edgimar Soares De Araujo / MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Agrupamento
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP 12h/12h 10/5D	
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 06/6h	
5	TENOCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h	
	Reconstituir 2 ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/84 ML S.C. 1SERINGIA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	
13	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	

EVOLUCÃO

DATA:10/03/2020 HORA:09:36:49

OTCPEdia

1 dpo excluindo bem sem intercorrências

el curativo rejarileno

OK

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

11/03/2020

EXTCO-Pré-Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE LUIZ GONZAGA FERNANDES - ANUPL: 04/078.21550038-22
Av. M.J. Pinheiro Brito, 4708 - Malhada, Campina Grande - PB, CEP: 58412-565 Data: 11/03/2020
Hospitais e Hospitais (B.E.) - Modelo 01 / NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAÍBA
Governo do Estado



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Data da Alta: 11/03/2020

Registro: 2112279

Tempo de Permanência: -18315

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cirurgia: SÍNTESE

Data: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/03/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

LIBO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TÓPOS DE FIM LEAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.989/94)



ASSINATURA DO TITULAR
Nilo Trigueiro Dantas





PREPARAÇÃO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

RG
NULO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

DADO ORIGINÁRIO
JOÃO PESSOA-PB

NR
2809825 - SSP/PB

RENOVAÇÃO DE ASSINATURA E TÍTULO
NÃO

CAD. PA - INSCRIÇÃO
05/02/1993

CPF
047.851.774-85

EXP. CANCEL. DE
18/01/2013

Nilo Trigueiro Dantas
OLIVIERO BEZERRA CAVACANTI RODRIGUES
PRESIDENTE

13220

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

P-112



Alex dos Santos Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.924.449

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/10/2020

NOME ALEX DOS SANTOS SOUZA

FILIAÇÃO JOSÉ EDUARDO DE SOUZA
MARIA JOSÉ DOS SANTOS

NATURALIDADE SÃO VICENTE DO SERIDÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO 02/08/2001

DOC ORIGEM NASC.N. 5986 F19.241 LIV.A 7
CARTÓRIO SÃO VIC. SERIDÓ-PB

CPF 719.767.454-97

ASS 762201 - PB

Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

LIBO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TÓPOS DE FIM LEAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.989/94)



ASSINATURA DO TITULAR
Nilo Trigueiro Dantas





PREPARAÇÃO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

RG
NÍLO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

DADO ORIGINÁRIO
JOÃO PESSOA-PB

NR
2809825 - SSP/PB

RENOVAÇÃO DE ASSINATURA E TÍTULO
NÃO

CAD. DE INSCRIÇÃO
05/02/1993

CPF
047.851.774-85

EXP. DE VIGÊNCIA
18/01/2013

Nilo Trigueiro Dantas
OLIVIERO BEZERRA CAVACANTI RODRIGUES
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

P-112



Alex dos Santos Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.924.449

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/10/2020

NOME ALEX DOS SANTOS SOUZA

FILIAÇÃO JOSÉ EDUARDO DE SOUZA
MARIA JOSÉ DOS SANTOS

NATURALIDADE SÃO VICENTE DO SERIDÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO 02/08/2001

DOC ORIGEM
NASC.N. 5986 F19.241 LIV.A 7
CARTÓRIO SÃO VIC. SERIDÓ-PB

CPF 719.767.454-97

ASS 762201 - P2

[Signature]

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

719.767.454-97 Alex dos Santos Souza

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

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

Alex dos Santos Souza 719.767.454-97 cerumista Sítio Riacho da Cobra 500 Vicente do Seridó PB 58159-000 nilotdantas@hotmail.com (83) 3371-2274

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Responda uma opção)

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

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 863386958 4

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha total 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 em cheio.

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

Declaro, sob as penas da lei, que existe impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, entendendo, desde já, que meu pedido será avaliado sob os critérios da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §14, declarando que esta indenização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, nem desistência do meu pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nº do CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a indenização a ser paga, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a carta/pedido

35 - Nome legível de quem assina a carta/pedido

36 - CPF legível de quem assina a carta/pedido

37 - () Assinatura de quem assina a carta/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: Fátima Lima
Enviado em: quarta-feira, 29 de março de 2023 11:26
Para: Margarida
Cc: THATIANA PIRES BELLOT; CRISTINA LIMEIRA ALVES; Katherine Moraes
Assunto: RES: Aut 9327 - Pendente - 3220048422 - ALEX DOS SANTOS SOUZA

Sinalizador de acompanhamento:

Acompanhar

Status do sinalizador:

Sinalizada

Margarida, boa tarde.
De acordo!

Atenciosamente,

Fátima Lima

Gerência de Sinistros

fatima.lima@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4038



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115 - 19º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 29 de março de 2023 11:21
Para: Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>
Cc: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: Aut 9327 - Pendente - 3220048422 - ALEX DOS SANTOS SOUZA

Fátima,

Favor autorizar o recadastramento pela 9327, sinistro anterior cancelado na fase de reprogramação.

Obrigada.

Margarida Manso

Gerência de Sinistro

margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600

De: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 29 de março de 2023 08:46

Para: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>

Cc: CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>

Assunto: Aut 9327 - Pendente - 3220048422 - ALEX DOS SANTOS SOUZA

Margarida,

Solicito autorização para cadastramento em Dep Especial. Processo cancelado na fase de reprogramação.

DU.: 27/03/2023

Valor a pagar: 4.725,00 (conforme apurado no processo cancelado 3220048422).

Detalhe de Sinistro		
Sinistro	Qualificação	Pessoas
Pagamento	Histórico	Preexistência
Data	Ação	Comentários
07/12/2022 10:13	Cancelamento por inatividade	Sinistro cancelado por inatividade.
08/10/2022 10:12	Rejeitar pagamento	Solicitamos o envio de novo formulário " pela vítima/beneficiário/representante le e, se possível, um comprovante bancário
08/10/2022 10:12	Pagamento	Nome do beneficiário: ALEX DOS SANTO Banco: 104 Agência: 00041 Conta: 000863386958 Dígito: 4 Banco pagador: Brasil Data do retorno do banco: 01/01/1900 0 Estado: Estorno Descrição da rejeição: TIPO DE OPERAC
29/09/2022 00:01	Marcar prioritário	O sinistro foi marcado com a indicação d Parecer da Análise Médico Documental e SOUZA (EQ3), conforme relatório anexo

Atenciosamente,

Thatiana Bellot

Gerencia de Sinistros

thatiana.bellot@seguradoralider.com.br



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115, 19º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP 20040-004

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048422 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO P.5 / PLACA E PARAFUSOS P.21,22)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006742 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 05 21 22 //
CONFORME PARECER DE ANÁLISE MÉDICO-DOCUMENTAL EMITIDO EM SINISTRO Nº3220048422 28/09/2022,
CANCELADO EM FASE DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006742 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 05 21 22 //
CONFORME PARECER DE ANÁLISE MÉDICO-DOCUMENTAL EMITIDO EM SINISTRO Nº3220048422 28/09/2022,
CANCELADO EM FASE DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048422 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO P.5 / PLACA E PARAFUSOS P.21,22)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Alex dos Santos Souza, brasileiro(a),
união estável ceramista, portador(a) do RG nº.
4.924.449 expedido por SSP / PB em 01 / 10 / 2020 e do CPF nº.
719.767.454-97, residente na (o)
Sítio Riacho dos Cabros,
município de São Vicente - PB, CEP 58159-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB,
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alex dos Santos Souza, ocorrido em
22 / 02 / 2020 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização do Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí, 13 de Abril de 2021.



Alex dos Santos Souza
outorgante

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

PROCURADORIA PÚBLICA
Praça João Pessoa, 26, CENTRO, Picuí - PB

Reconheço, por autenticidade, n(s) linha(s) da:
ALEX DOS SANTOS SOUZA
Dom. 02. Picuí/PB - 29/04/2021
Escritório: LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
Selo Digital: A1155680-538BC
Consulte a autenticidade em <http://sedigital.tpb.jus.br>
Emol. R\$10,47 Porcep. R\$6,33 MP R\$0,17 Feij. R\$2,09



PROCURAÇÃO

Outorgante: Alex dos Santos Souza, brasileiro(a),
união estável ceramista, portador(a) do RG nº.
4.924.449 expedido por SSP / PB em 01/10/2020 e do CPF nº.
719.767.454-97, residente na (o)
Sítio Riacho dos Cabros,
município de São Vicente - PB, CEP 58159-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB,
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alex dos Santos Souza, ocorrido em
22 / 02 / 2020 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização do Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí, 13 de Abril de 2021.



Alex dos Santos Souza
outorgante

2º TABELIONATO PÚBLICO
LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
ESCREVENTE
Comarca de Picuí - Paraíba

PROCURADORIA PÚBLICA
Praça João Pessoa, 26, CENTRO, Picuí - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) linha(s) da:
ALEX DOS SANTOS SOUZA
Data: Picuí/PB - 29/04/2021
Escritório: LUCIANO ITALLO ARAÚJO DANTAS
Selo Digital: A1155680-5388C
Consulte a autenticidade em <http://sedigital.tpb.jus.br>
Emol: R\$10,47 Preench: R\$6,33 MP: R\$0,17 Feij: R\$2,09



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006155/23

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

CPF: 719.767.454-97

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

Data do acidente: 22/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ALEX DOS SANTOS SOUZA : 719.767.454-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2023
Nome: ALEX DOS SANTOS SOUZA
CPF: 719.767.454-97

ALEX DOS SANTOS SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2023
Nome: CRISTINA LIMEIRA ALVES
CPF: 041.380.364-31

CRISTINA LIMEIRA ALVES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026871/22

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

CPF: 719.767.454-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ALEX DOS SANTOS SOUZA : 719.767.454-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/09/2022
Nome: ALEX DOS SANTOS SOUZA
CPF: 719.767.454-97

ALEX DOS SANTOS SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2022
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA