BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação CB98DF93AD9F1721

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação C6DCC0E8D812495F

DOCUMENTO 4 "T4%"

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Antonio Sousa dos Santos,

RG nº 3.515.220, data de expedição 04/01/2007

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 086.508.474-80, com domicílio na cidade de Santa Terezinha, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Cristiano de Brito Zona Rural nº SN

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Pedro Neto Sousa dos Santos, cujo o condutor era Pedro Neto Sousa dos Santos

Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 125 FAN-KS
Ano: 2014/2014
Placa: AFF-9474-PB
Chassi: 9C2JC4110ER408191
Data do Acidente: 25/07/2015
Local e Data: Santa Terezinha PB 05 de julho 2017

CARTÓRIO STA. TEREZINHA

Paulo Antonio Sousa dos Santos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

SELO DIGITAL
AFD62772-2U8C
http://www.digitalfide...

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SANTA TEREZINHA - PB
CEP 58 700 - 000

Reconheço a Verdade da Firma de Paulo Antonio Sousa dos Santos
Sta. Terezinha - PB, 05/07/17
Em testº da verdade
João Rufino de Lucena
Oficial

SUS HP

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 13

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nascimento: 22/9/1995 Idade: Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: SITIO URTIGA Num.:

Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)8102-2461

Cidade: SANTA TERESINHA - PB 58720-000 - 2513802

CNS: ~~203 4140 4672 0008~~ Identidade: 4094729SSP PB

CPF: 70500566 Reg. Nasc.:

Data / Hora: 28/7/2015 00:44:48 Recepcionista: Iara

Ficha Número: 77508 32900

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente moto habilitado, trajeto para casa sem problema estável, acordado, com edema perimalleolar (E) + nariz + lesão corto contusa em regiao parietal (E)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Anamnese + Exame físico

RESULTADOS

DOCUMENTOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

(1) SSS 5 ml + Gelco 50% 3 ampolas (EV)

(2) Nalbuphina 8mg, 01 amp + SD (EV)

TC CRÂN

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO CID-10

MEDICAÇÃO

1.PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0401010058

2 -

3 -

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns CBO

JAIRO LEAL SOARES JUNIOR - 8882 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Polegar Direito

Antonio Sousa dos santos

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

PROTOCOLO

AUDITORIA

SUTEC

REVISADO

Secretaria Municipal de Saúde - Patos-PB

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
PATOS - PB

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Pedro Lucio Souza
residente na (o)
município de Itaporanga PB
para o (a) Hospital de Trauma de Campina Grande
na cidade de Campina Grande

JUSTIFICATIVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta com queda irreversível (?) + lesões pelo corpo em região palmar (?)

GCS, com rebaixamento do nível de consciência Glasgow 7

Paciente orientado por dor Total.

HD: TCE + hematoma subdural + efeito de massa com desvio de linha média

EXAMES REALIZADOS:
TC de crânio: Hematoma subdural + efeito massa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Sutura de lesão em pele

HISTÓRICO CLÍNICO (do Internamento e Atual):
Pelo despacho hoje às 09:00hs.
Dany (?)

Dr. Jairo Leal Soares Júnior
Cirurgião Cardiovascular
CRM PB 9662

Assinatura e carimbo do profissional

Patos – PB, 26/07/2015

Av. Holanda Nóbrega, S/N
Bairro Belo Horizonte
CEP: 58704-000
Patos/PB – Brasil
Fone/Fax:(83) 3423-2741

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 0023671 — CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF: 25

PACIENTE:

Nome: PRONTUÁRIO Nº:1227030 — Sexo: MASCULINO — Idade: 10.0

Profissão: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS — Documento: SEM DOCUMENTAÇÃO

Endereço: TEL.-8115-9761 (K) — Bairro: Z. RURAL

Município: SITIO URTIGA, — Estado: — CEP:

Data Atendimento: SANTA TERESINHA 25/07/2015 15:06h — Código do Município: 251560

RAÇA/COR

( ) 1 - BRANCA — DATA NASCIMENTO: 22/09/1985 — ( ) 2 - PRETA — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO — ( ) 3 - PARDA

( ) 4 - AMARELA — ( ) 5 - INDÍGINA — ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Vivo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.
2.
3.
4.
5.

TOMOGRAFIA 28/07/15

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- [ ] 01 - URGÊNCIA;
- [ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
- [ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
- [ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

MEDICAÇÃO

- [ ] 01 - PRESCRITA
- [ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] OBITO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	OBS	QUAN

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

MOD.-314

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Pedro Neto Sousa dos Santos

End: Sítio Urtiga Bairro: Santa Terezinha

Data de Nascimento: 22/09/1995 Documento de Identificação:

Queixa: A.C. Moto Data do Atend.: 26/07/2015 Hora: 15:55 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (X) Não

Classificação de Risco

~~Nível de consciência:~~ ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca:

Pressão arterial: Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD. 119

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ala Neuro

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Pedro Neto Souza dos Santos Idade: 19 anos
Convênio: Data: 28/07/15
Procedimento: T. C. de extradural

Cirurgião: Dr Saul Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia: Geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
13:00	140x71	106	95%	[illegible]	+	Desorientado
21:00	13:65	126	96%	[illegible]	+	desorientado
21:30	12x68	120	99%	[illegible]	+	Desorientado
22:00	12x68	123	99%	[illegible]	+	Desorientado
01:30	12x68	95	99%	[illegible]	+	Desorientado
03:00		98	98%	[illegible]	+	" "
06:00				[illegible]	+	Desorientado
12:00	—	112	99%			

Medicamentos / Materiais	Qauntidade

Observações:
Desprezado 100 ml de dimerol às 23:30h
Desprezado 50 ml de dimerol às 03:30h

+ Realizou TAC de crânio. Aguardando avaliação do Neuro

Desprezado 100 ml de dimerol às 11:40

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD. 53

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Pedro Neto | Onde: | Alojamento: | Leito:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27-04	DIETA ORAL Suspensa		22-02-15 # NCK
	SORO FISIOLOGICO 0,9% 2000ML EV (50GTS/MIN)		# 4º DPO
	SG H 50% 40ML EM CADA FASE DO SORO		HEDA / Afastamento.
	DIPIRONA 1GR 02 ML + ABD 10ML EV 6/6H		
	OMEPRAZOL 40MG EAMP + ABD 10ML EV AO DIA		Chiclemesta e IFCL
	TRAMADOL 50MG EV 8/8HS, SE DORES INTENSAS		Ressaqa
	NAUSEDRON 4MG EV 8/8HS ACM		Fraqueza
	FENITOINA 100MG 2ML EV 8/8HS		
	CAPTOPRIL 25MG SNL SE PAS 180/100MMHG		Presença
	Cefazolina 1g EV 6/6h		Mapa de sismo
	CABECEIRA NEUTRA 30 graus		Vedhlapno.
	HGT DE 8/8HS E CORREÇÃO SEG. PROTOCOLO		Sonda vesical
	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA		Retirar dreno
	COMUNICAR ANORMALIDADES AO CLINICO		

Dr. George A. C. Mendes
Neurologista
Intervencionista
CRM-PE 2346

Dr. George A. C. Mendes
Neurologista
Intervencionista
CRM-PE 2346

Equipe de Neurocirurgia do Hospital da Restauração e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente: PEDRO NETO			Nº Prontuário: 1227030
Data da Operação: 20260715	Enf.: —		Leito: —
Operador: Dr. SAUL		1.º Auxiliar:	
2.º Auxiliar: —	3.º Auxiliar: —		Instrumentador: —
Anestesia: Dr. LONATRO		Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: HERNIA FP à (E) + TRAUMA HEMO. PREVIA (E) COM LUC.			
Tipo de Operação: Lap. e. hérnia / fim. crânio / duroplastia			
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia: —			
Exame Radiológico no Ato: —			
Acidente Durante a Operação: —			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral 2. Assepsia + antissepsia + tração esquerda 3. Assepsia + antissepsia + tração de campos 4. Incisão FP à E com retromuro pneumo-peritônio 5. Identificação hérnia "estrangulada" + comunicação + redução luc. parietal interna bolsa escrotal 6. Cruzotomia FP à E 7. Drenagem hérnia + aproximação dura 8. Duroplastia com "DURAGEN" 9. Fechamento parede 10. Colocação drenos + dreno + curativo.

26.07.25
12:20

Dr. João C. M. Quirino
Neurocirurgião
CRM 6733
CPF: 025.604.184-40

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

NOME: Pedro Neto dos Santos | IDADE: 19 | SEXO: M | COR

DATA: 26/7/15 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | OUTROS

UREIA | ASMA | ENCEFALITE

AP. RESPIRATÓRIO: OK

AP. CARDIOVASCULAR: OK

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO: OK | DENTES | PESCOÇO | AP. UROINÁRIO

ESTADO MENTAL: Inconsciente | VÉRTEBRAS | CONDIÇÕES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: T.C.E (Extradural) | ESTADO FÍSICO | RCDC

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | AS | EFEITO

16:40

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS: RL/SF | RL/SF | RL/SF | RL/SF; 500 | 500 | 500 | 500

CC: VP, ANTERIAL, PULSO, O - INSTRUMENTAÇÃO, AX - ANESTESIA, O - OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:
1. Fentanil 150mg
2. Dimilin 8mg
3. Decadron 10mg
4. Manitol 500mg
5. Dipirona 2g
6. Tramadol 100mg
7. Dimetacrina 100mg
8. Colbrolina 1g
9. Citifen 2mg
10. Clindin 150mg

POSIÇÃO: DDH pela clínica ao O.C. Prontuário

AGENTES: Colocado tem VVC e VC

TÉCNICA

OPERAÇÃO: Drenagem de hematoma Extradural

CIRURGIÕES: Dr. Saul

ANESTESISTAS: Dr. Fernando

OBSERVAÇÕES

ANOTAR NO VERSO AS COMPUTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

DIÚRESE: Satisf.: ____ Exat.: ____ Tosse: ____ Largo espectro: ____ Lento: ____ Náuseas: ____ Vômitos: ____ Outros: ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____ Não, por que?: ____

DESPERTAR: Reflexos na SD: ____ Oxat.: ____ CO_2: ____ Exat. ____ Náuseas: ____ Vômitos: ____ Outros: ____

Com drenos: Para o Leito Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

CÂNULAS

PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SPPB

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Pedro Neto Sousa dos Santos — Idade: 19
Convênio: SUS — Data: 26/07/15
Procedimento: Tratamento cirúrgico de Exostose

Cirurgião: Dr. Saul — Auxiliar: — Anestesista: Dr. Fernando

Início: 16:30 — Término: 18:00 — Anestesia: Geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
18:30	154x76	110	100%	[illegible]	(–)	(–)
19:30	120x70	100	100%	[illegible]	(VM)	Sedado
19:00	128x58	87	100%	[illegible]	—	"
19:00	102/57	94	100%	[illegible]	—	"
7:15	98/51	87	100%	Naundiva	Ausente	"
8:15	95/51	87	100%	"	"	"
9:15	102/53	86	100%	"	"	"
10:15	97/53	87	100%	"	"	"
11:15	98/50	86	100%			
18:35						
18:00	129x100	106	100%	Enfermeira	+	—
00:55	140x71	128	100%	[illegible]	+	"
3:10	140x71	164	94%	[illegible]	+	
[illegible]	100x71	66	93	[illegible]		

Medicamentos / Materiais	Qauntidade
Feito HGT às 12:00 108 mg/dl	
Feito Paracetamol 27/07	
Feito HGT 5 22:00 144 mg/dl 27/07	
Feito HGT às 06:00 121 mg/dl	
Feito HGT 132 mg/dl	
Dipirona 10mg EV	

Observações:
Paciente [illegible] no Bloco
14:40 Recebeu 500 ml de plasma
03 CC 700 ml/diurese – desprezada

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD 139

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Pedro Neto Sousa dos santos Dn: 22/09/95

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Of. — LEITE	CONVÊNIO SUS	IDADE 19 a	REGISTRO 3227030

CIRURGIA Trat cirg Estrabismo	CIRURGIÃO Dr Saul
ANESTESIA Gual Valenciado	ANESTESIA Dr Leonardo
INSTRUMENTADORA	DATA 26/07/15
INÍCIO 18:30	FIM 18:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp
	Atropina amp
	Diazepan amp
	Dimorfe amp
	Dolantina amp
	Efedrina ml
	Fenergan amp
03	Fentanil ml
03	Midazolam Vitarum
03	Ketamina Vamtal
	Morfina % ml
	Nalbufina amp Vitaly
	Raniplex amp Cloridrato
	Piridoxina amp
	Propofol ml
	Quelicin ml
	Raptan amp
	Tiopental ml
	Tramadol amp

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Água Destilada amp
03	Decadron amp
02	Dipirona amp
03	Elatol amp Elatol
03	Epinefrina amp Naxcham 08
	Gentamicina amp
	Glicose amp
	Gluconato de Cálcio amp
	Hacetazol ml
	Hepatrom ml
	Kanitron amp
	Lasix amp
	Nebacetol nasal
	Plasil amp
	Profenid
	Reanimin amp
	Sustanon amp
02	Celocoxina 16

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
02	Agulha desc. 25 x 7
02	Agulha desc. 25 x 8 40 x 12
	Agulha desc. 13 x 4,5
	Agulha descart nº
01	Álcool de Enfermagem
	Álcool cetílico ml
02	Ataduras de Crepe
	Ataduras de Gesso
	Azul metileno amp
	Benzina ml

Qtd.	
	Bolsa Coletora
	Cateter Ou
	Cateter de Urina Sist. Fech
02	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Coloscópio
	Dreno
	Dreno Kehr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Razzar nº
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Microgotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
	Esparadrapo Leito cm
	Fixador ml
02	Gaze Pacote c/ 10 unidades
	H.O. ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
02	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
	Luvas 7,0
	Luvas 7,5
	Luvas 8,0
	Luvas 8,5
	Oxigênio ml
	Pulmão
03	PVP Degermante ml
	PVP Tópico ml
	Sabão Antisséptico
	Saco coletor
02	Seringa desc. 10 ml
02	Seringa desc. 20 ml
02	Seringa desc. 20 ml
	Sonda
	Sonda Foley
	Sonda Nasogástrica
	Sonda Uretral nº
	Strelium ml
	Toma única
	Vaselina ml
	Gelco 18
05	Equipo Microgotas 08
	Equipo Sangue 08
03	Silicone

Qtd.	FIOS
	Catgut cromado Sertix
	Catgut cromado Sertix
	Catgut cromado Sertix
	Catgut Simples
	Catgut Simples Sertix
	Catgut Simples Sertix
	Catgut Simples Sertix
02	Cerclagem nº
	Ethibond
	Ethibond
	Ethibond
03	Fio de Algodão Sertix 2,0
	Fio de Algodão Sertix
	Fio de Algodão Sutupak
	Fio de Algodão Sutupak
	Fita cirúrgica
	Mersilene nº
	Mersilene nº
02	Prolene Sertix 4,0
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
03	Vicryl Sertix 2,0
	Vicryl Sertix
	Vicryl Sertix

Qtd.	SOROS
	SG Hemodialítico fr 500 ml
	SG Gelaco fr 500 ml
	SG Hipertônico fr 500 ml
	SG Ringer fr 500 ml
02	SGF 500 ml SF/Lavagem

Qtd.	ÓRTESE E PRÓTESE Promed
01	Drenagem

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Seria
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- (X) Videocirurgia
- (X) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Pedro Neto dos Santos
IDADE: 19 SEXO: M X F | DATA DE NASCIMENTO: 31 / 07 / 16 às 09 h
LEITO: 2 - 2
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE
ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS
DOENÇA CRÔNICA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS
PRESENÇA DE ESCARA: SIM [ ] NÃO [X] LOCAL
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO [ ] NORMOTENSO [X] HIPERTENSO [ ]
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE [X] INCONSCIENTE [ ] ORIENTADO [ ] desorientado
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNÉICO [ ] TAQUIPNÉICO [ ] EUPNÉICO [X] BRADIPNÉICO [ ]
NORMAL [ ] POLIÚRIA [ ] OLIGÚRIA [ ] SVD [X]
SIST. GENITOURINÁRIO: DISÚRIA [ ] CISTOSTOMIA [ ] ANÚRIA [ ]
CIRURGIA: DEAMBULA [X] DEAMBULA C/ APOIO [ ] ACAMADO [ ] S/ DEFICIT MOTOR
MOBILIDADE: TETRAPLEGIA [ ] HEMIPLEGIA [ ] PARESIA [ ] RESTRITO NO LEITO
SIM [ ] NÃO [X] SNG [ ] SNE [ ]
DIETA
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO [X] DESNUTRIDO [ ] OBESO [ ] CAQUÉTICO [ ]
DADOS VITAIS: PA: FR: FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

[ ] RISCO DE QUEDA		CD FR
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD FR
[ ] RISCO DE INFECÇÃO		CD FR
[X] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD FR
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD FR
[X] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA	CD FR
[ ] RISCO DE SANGRAMENTO		CD FR
[ ] NÁUSEA		CD FR
[ ] DOR AGUDA	[ ] DOR CRÔNICA	CD FR
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD FR
[ ] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD FR
[ ] DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: [ ] ALIMENTAR-SE	PARA BANHO	CD FR
[ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD FR
[ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD FR
[ ] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD FR
		CD FR
		CD FR
		CD FR
		CD CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
		FR FATOR RELACIONADO

Fernanda Pereira
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	08 20	
[ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR		
[ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA		
[ ] INSTALAR CATÉTER DE O2 A 03 L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		
[ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS ESTERTORES E ESTIMENTOS DA ASA DO NARIZ)		
[ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS		
[ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO		
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPERVIA)	08 20	
[ ] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO		
[X] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	SAE	

Diagnóstico:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

[redacted]

Pacient	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito	Neurobuco 2-1
	Prescrição Médica		**EVOLUÇÃO MÉDICA**
02.08.15	Dieta livre e hídrica		
	SF0,9% 2000 mL ev 24h		
	Ciprofloxacino 200 mg + abd 10 mL IV 8/8h		SEM INTERCORRÊNCIAS. BOA EVOLUÇÃO
	Dimeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia		
	Colimpotenc 300mg + SF0,9% 200mL IV 12/12h		
	PA P 5AX		
	Paracetamol 12/12h		
	Dexametasona 12/12h		

Dr. Amauri P. Z. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 5273

Dr. Amauri P. Z. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 5273

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico:

[redacted]

Paciente	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito	Neurobuco 2-2
	Prescrição Médica		**EVOLUÇÃO MÉDICA**
31.01.15	Dieta livre e hídrica		
	SF0,9% 2000 ml ev 24h		
	Dipirona 02 mL + SF0,9% 10 mL ev 6/6h		SEM INTERCORRÊNCIAS BOA EVOLUÇÃO
	Omeprazol 40mg + amp + SF0,9% 10 mL IV 20 dia		
	Ciprofloxacino 400mg + SF0,9% 200mL IV 12/12h		
	DAP 7AX		
	Ketoprofeno 100mg 12/12h		
	Tenoxicam 20mg 12/12h		
	Dra Ortopedia - Pedro Neto		

Equipe de Neurocirurgia Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Dr. Alexandre P. S. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 973

Dr. Alexandre P. S. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 973

Ortopedia 01/1-08
Paciente apresentou melhora
Conforme ortopedia
Sem indicação ortopédica
Exame físico
normal

Alta da ortopedia

30.07.15

PA. 110x70

paciente evolui EGR, consciente algo desorientado, acianótico, eupnéico. Em N maléolar. Aceita pouca dieta. FO rco. medicado conforme prescrição médica.

Realizado Banho no leito + curativo

Trocado acesso venoso

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico:

[redacted]

Pacient	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito						Carregando...
	Prescrição Médica							**EVOLUÇÃO MÉDICA**
30.01.15	Dieta livre e branda							
	SFG 5% 2000 mL ev 24h	1	8	3	4			
	Dipirona 02 ML + 000 10 mL ev 6/6h	18	18	24	18			SEM INTERCORRÊNCIAS NA EVOLUÇÃO
	Omeprazol 40mg 1 frco + 8ml 10 mL IV 12/12h	18						
	Cefepicima 1000mg + SF 0,9% 200ml, IV 12/12h	18	18					
	PA P.TAX							
	Haldol 1 amp IM 12N	18	18					
	Fenergan 1 amp IM 12N	18	18					

Dr. Amaury P.S. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 3473

Dr. Amaury P.S. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 3473

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/X	13:30						Paciente admitido	
							muito abundante	
							de CC para Frita	
							muito congestionado	
							foi um pós	
							operatório um	
							pouco agitado	
	12h	38°C					Pré medicado	
							MEDICAÇÃO	
	22h	38°C			12x8		Pré agitado	
							pedido MEDICAÇÃO	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: [illegible] | Alojamento: | Leito: 2 | Convênio: 2 [illegible]

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
29/07/15	[illegible]				[illegible]
	[illegible]	18	24	6	[illegible]
	[illegible]	06			[illegible]
	[illegible]	24			[illegible]
	[illegible]				[illegible]
	[illegible]				[illegible]
	[illegible]				[illegible]
	[illegible]	22			[illegible]
	[illegible]	12			[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

fo HEP

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Pedro Neto	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/7/15	Dieta Zero	et	Vrg
	SF 0,9% 1500 ml EV 24h	14 / 8 / 8	5
	SG 5% 1000 ml EV 24h	8	4
	Cefepime 1g EV 6/6h	18 / 18	24 / 06
	Dipirona 2g EV 6/6h SIN		
	Metadona 8g EV 8/8h SIN	7S/N	
	Fentanil 10g EV 8/8h	14 / 22	06
	Colocar Sonda	et	
	SSVV	et	
	CCGS	et	
	Hidral 10g EV 12/12h	7 21/15 JM	23
	Furosemida 1g EV 12/12h		30

Pacient e RPA mesmo
em anestesia
Mantido
regular sem choque
hidratação e inalação
EO limpo, seco
com solução TC cremo-

RDS.0

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

RESUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Pedro Neto dos Santos
DN.:
PRONT. Nº:
NATURALIDADE:
PROCEDÊNCIA:
ADMISSÃO: 26.01.15
ALTA: 02.08.15

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Tie Gave

2. Resultado dos principais exames

ex. urina. Hematoma Extradural

3. Evolução e complicações

Bom

4. Terapêutica realizada

Tr Cirurgia.

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Tce g Hematoma Extradural

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Dr. Antonio P. S. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 1273

Responsável pelo resumo

02 . 08 15

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico:

[redacted]

Paciente	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito	Neurocirurgia 2-2
	Prescrição Médica		**EVOLUÇÃO MÉDICA**
01-02-13	Dieta livre e liberada		
	SF 0,9% 3000 ml ev 24h		
	Dipirona 02 ml + ami 10 ml EV 6/6h		SEM INTERCORRÊNCIAS DOR EVOLUÇÃO
	Omeprazol 40mg 1 amp + ami 10 ml IV ao dia.		
	Ceftriaxona 100mg SF 0,9% 200ml EV 12/12h.		Dr. Pe. Humberto
	PAP TAX		
	Hidratação 12/12h SVD		
	Heparina 12/12h		

Dr. Antonio Pereira Neto
Neurocirurgião
CRM-PB 5273

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

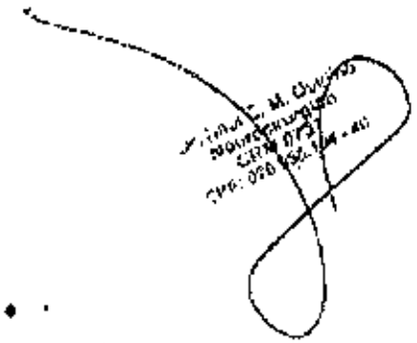
1.8/15 9R. Cut no moment
S/ anormalidade
Fo Seca
TA. 12x8

26/03/15 HCR 18:10

Paciente com hematoma
TCE, por acidente vasto,
tratado em UTI + VM,
sedado; PEO PD; ECG-T6 //

CT = MEGA 4,0 cm
+ 1,0 cm
fratura Aval. Parietal (E) com
EMC.

Cd: Indico a
chamada SO + R.S //



GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: PEDRO NETO | Alojamento: | Leito: | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/07	DIPIRONA 2g ev 6/6h TRAMADOL 50mg ev 12/12h ANTRAN ev 8/8h CEFAZOLINA 2g ev 8/8h CURATIVO SSD 50 monitorização SSW + ADD Antonio Rafael S. C. de Almeida Médico CRM-PB 6910		PÓS MCA nota operatória paciente sedado a 2h de PREA + fratura aberta cos D (F) com lesão deslocante ok a 24h.

Dr. Saul C. M. Quintino
Neurocirurgião
CRM 8797

MOD. 035

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES J

4 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Pedro Neto Sousa dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 258703

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/ 09 /1995

9 - SEXO: Masc. X Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: 63 61 15 97 61

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Urtiga / Zona Rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Terezinha

14 - CÓD. IBGE DO MUNICÍPIO:

15 - UF: PB

16 - CEP: 58870000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - RESUMO DA HISTÓRIA DA DOENÇA:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS EXAMES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE SANGUE, RAIO-X, ECG, ...):

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - CÓDIGO LOTAÇÃO: NONE / CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CÓDIGO SOLICITANTE/CPF/CNPJ DO PROFISSIONAL ASSISTENTE):

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26.07.2015

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO FISICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº BOLETIM:

38 - DEAT:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) PREVIDENCIÁRIO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: CNES / CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF/CÓD. ÓRGÃO PROFISSIONAL AUTORIZADOR):

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO ÓRGÃO DO CONSELHO:

SIGTAP

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Setor:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224125	RG:	NÃO INFORMADO
De(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-03-2015 17:15	Origem:	CLINICA NEURO/BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	LAPSC L02

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 29/03/2015 17:10)

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	3.08 milhões/mm³	[illegible]
Hemoglobina	9,9 g/dL	[illegible]
Hematócrito	30 %	[illegible]
V.C.M.	97 fL	[illegible]
H.C.M.	32 pg	[illegible]
C.H.C.M.	33 g/dL	[illegible]
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	10.900 /mm³	[illegible]

	(%)	(/mm³)	
Granulócitos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	327	[illegible]
Segmentados	88,0	9.592	[illegible]
Eosinófilos	0	0	[illegible]
Basófilos	0	0	[illegible]
Linfócitos			
Típicos	8,0	872	[illegible]
Atípicos	0	0	
Monócitos	1,0	109	[illegible]
CONTAGEM DE PLAQUETAS	185.000 mm³		[illegible]

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4604

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Sexo:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224225	RG:	NÃO INFORMADO
Prontuário:	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-07-2015 17:13	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	ENF 01 - L/92

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

Valores de Referência: [illegible]

Data da coleta: [illegible]

Material: [illegible]

Método: [illegible]

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'00'' min

Valores de Referência: [illegible]

Data da coleta: [illegible]

Material: [illegible]

Método: [illegible]

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM [illegible]

Laboratório Newlab

CICLO DE GRANULADOS

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Srta:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224275	Sol:	[illegible]
Drta:	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-07-2015 17:13	Origem:	CLINICA SO [illegible]
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Dados:	[illegible]

ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)

[illegible] 239 U/I

ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)

[illegible] 68 U/I

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Srta/:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0959224375	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	29/07/2015 17:13	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	[illegible]

GLICOSE (JEJUM) ..... **63 mg/dl**

[illegible]

URÉIA

[illegible]

Resultado..... **18 mg/dl**

[illegible]

CREATININA

[illegible]

Resultado ..... **0,7 mg/dl**

[illegible]

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4584

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Dr. Alexandre Firmino
Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

PEDRO NERI SOUSA DOS SANTOS

DPVAT

ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O NOMEADO ENCONTRA-SE SEM MINHAS RESPONSABILIDADES MÉDICAS, SEQUELADO DE TCE GRAVE, APRESENTANDO DOENÇA, DESEQUILÍBRIO, TONTURA, ENXAQUECA DE ORIGEM DESCONHECIDA, CAIMBRAS.

CID: S06
S06.9

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

13/07/17

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838 7422 - PATOS-PB.

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 07 AGO 2017
Nome:

NOME: PEDRO NETO SOUZA DOS SANTOS.
DATA: 11/08/2016.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

PROCEDIMENTO:

Foram realizados cortes tomográficos do crânio em equipamento helicoidal com reformatação no plano axial sem a injeção de contraste endovenoso.

ACHADOS:

1. Craniectomia parietal à esquerda.
2. Área de malácia/gliose no aspecto parietal alto a esquerda.
3. Sistema ventricular anatômico.
4. Linha media centrada.
5. Ângulos ponto-cerebelares de aspecto habitual.

LEONARDO FRANCO FELIPE
CRM 5263
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 07 AGO 2017
Nome:

AV. BOSSUET WANDERLEY, 300 - CENTRO - PATOS-PB.
Telefax: (83) 3421.3202 - E-mail: ecoclinica.de.patos@hotmail.com

Documentacao medico – hospitalar

GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Pedro Neto Silva
01 Anos:

Laudo Médico:

Atesto para devidos fins que o menino acima de sob minha responsabilidade necessita sequelado de TCE grave.

CID: F06

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

07/11/17

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
115.815.754-16

Nome
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nascimento
22/09/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPANHIA SEGUROS GERAL
AG JOÃO PESSOA
PROTOCOLO

CÓDIGO DE CONTROLE
BB02.8D88.DA9F.C96F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:50:41 do dia 29/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-239
CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO TITULAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.094.729
DATA DE EXPEDIÇÃO 13/09/2012
NOME PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
FILIAÇÃO PAULO ROBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS
ANTONIA SOUSA DOS SANTOS
NATURALIDADE SANTA TERESINHA-PB
DATA DE NASCIMENTO 22/09/1995
DOC ORIGEM NASC.N.07118 FLS.411 LIV.A-09
CARTORIO SANTA TEREZINHA-PB
CPF
João Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

02R44

Emmanoela Saturnina P. V. de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO	INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO
28/10/1975	0481 3125 0833	050	0030

MUNICÍPIO / UF	DATA DE EMISSÃO
TABIRA/PE	15/05/2013

JUIZ ELEITORAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO

106946 00005

Emmanoela S. P. V. de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
INTERDIÇÕES E TUTELAS
FORUM JOSÉ WILKESTUMO MONTEIRO
MUNICÍPIO E COMARCA DE TABIRA
ESTADO DE PERNAMBUCO
GENYLDA SOARES DE SOUZA LINHARES MACHADO - TITULAR
NATÁLIA SOARES DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o nº 1.774, do Livro B-3, do Registro de Casamento Civil, verifiquei constar que no dia 17 de dezembro de 2002, foi realizado o Casamento de DESIAS QUEIROZ DE ARAÚJO e EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA. Habilitado perante o Dr. Marlon Duarte da Costa Oliveira, Juiz de Direito, Substituto em exercício nesta Comarca e lavrado o assento no termo.

ELE solteiro, natural de Tabira - PE, nascido em 16 de outubro de 1970, nacionalidade, residente nesta cidade, filho do JOÃO BATISTA DE ARAÚJO, de profissão ignorada e de FRANCELIZA MARIA DE QUEIROZ residente nesta cidade.

ELA divorciada, natural de Tabira - PE, nascida em 28 de outubro de 1975, auxiliar de escritório, residente nesta cidade, filha de ANTÔNIO XAVIER DE SOUZA e de MARIA ÂNGELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA, residentes nesta cidade.

Pessoas qualificadas na documentação e que se refere o Art. 1.525, nº I, III e IV, do Código Civil Brasileiro.

A requerente opte o Convente passou a assinar: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAÚJO.

OBSERVAÇÕES: Averbado [illegible] no Registro de Casamento Parcial de Jurisdição

O TERMO É VERDADE E DIGNO

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

TABIRA (PE), 17 DE DEZEMBRO DE 2002.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL [redacted]

CTA DO TRABALHADOR

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA

ELO PEREIRA V SOUZ

010459 00004 PE 104-1433-8

BORBA 145

17/03/1997

COMPREV

DOCUMENTO 3 "T3%"

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.572.305 04.01.1994

EMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

Tabira-PE 20.10.1975

Cert.Nas 1316 L.66 F.57 Cart de Tabira-PE.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE

06EA5464DC0C1B5A2

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE

RECONHECIMENTO DE FIRMA

AGJOA - PE

ASSINATURA DO INFORMANTE NO ATO DO REGISTRO

PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 012896388208

LACRE 004067940 2

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT -20160400029197-7
1 0126502271-0 00/00000000 2016

PAULO ANTONIO SOUSA DOS SANTOS

08650847420 QFF9477/PB

NOVO PB 9C2JC4110ER408191

FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2014 26

2 P/124 /CI. PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 23/11/2016 1ª 2ª 3ª

******* 0

******** SEGURO P A G O 23/11/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

SANTA TERESINHA-PB. 24/11/2016

36838 41033

CONTRAN

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

PB Nº 012896388208 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 24/11/2016

1 08650847420 QFF9477/PB

01265022710 HONDA/CG 125 FAN KS

2014 9 9C2JC4110ER408191

PRÊMIO TARIFÁRIO

****** ****** ******

****** SEGURO P A G O

23/11/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

41033-1408331-20161124

DOCUMENTO - TPK

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE com hematoma subdural submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. .

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALEIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRANIO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRANIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECEU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECEU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2017

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCRITO, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

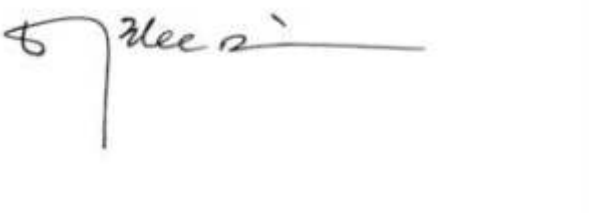
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BEG,CORADO,EUPNEICO,CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA.MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALEIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS.ALTA MÉDICA.NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE,TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BEG,CORADO,EUPNEICO,CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA.MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALEIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS.ALTA MÉDICA.NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE,TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS*** **Sinistro:** ***3170439899*** **Data:** ***25/07/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSDS /PB***] ***4094729***

Data local do exame: [***24/11/2017***] ***Patos*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. . APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALEIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRANIO À ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRANIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECEU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECEU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCRITO, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

DOCUMENTO 4 "T49%"

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Pedro Neto Sousa dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro

Profissão: Agricultor

Identidade: 4.094.729 **CPF:** 115.815.754-16

Endereço: Sítio Ortiga de Baixo - Zona Rural - Santa Luzia - PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo

Nacionalidade: Brasileira **Est. Civil:** Casada **Profissão:** Empresária, **Identidade:** 4.672.305 **CPF:** 029.848.084-01 **Endereço:** Rua Titico Gomes, 405 – **Bairro:** Bela Vista – **CEP:** 58704-460 – **Patos-PB.**

COMPREV SEGURIDAD PREVISIÓN S/A

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante à SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiros incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Pedro Neto Sousa dos Santos

Patos-PB 28 de julho de 2017

Local e data

ALDO XAVIER

Pedro Neto Sousa dos Santos

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

ALDO XAVIER – 3º OFÍCIO DE PROTESTOS – 3º OFÍCIO DE NOTAS REGISTRO CIVIL ATOS E DOCUMENTOS – REGISTRO CIVIL PESSOAS JURÍDICAS

Ionaldo Xavier Cézar – Titular; Aldo Xavier Xavier Dantas – Substituto

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Em test.da verdade. Patos-PB 28/07/2017 09:29:23
Dialma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2017-008279]EMOL:R$ 19,23 FARPEN:R$ 0,27 FEPDEPRO 1,80 ISSQN 0,28
SELO DIGITAL: AFH65413-FL47

3º OFÍCIO DE NOTAS – SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL – ALDO XAVIER – Fone: (83) 3421-3438 – Fax: (83) 3421-8630

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS*** **Sinistro:** ***3170439899*** **Data:** ***25/07/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSDS /PB***] ***4094729***

Data local do exame: [***26/08/2017***] ***Pombal*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL. . AO EXAME BEG,CORADO,EUPNEICO,CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA.MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALEIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS.ALTA MÉDICA.NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE,TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: ( ) 10% residual (***X***) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta n°: 11486621

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vitima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta n°: 11516346

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vítima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11601509

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vitima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000000043**
Conta: **00000164036-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**3.375,00**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%		
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R$	**3.375,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta n°: 11964156

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vítima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12068071

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nº Sinistro:	**3170439899**
Vitima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data do Acidente:	**25/07/2015**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000000043**
Conta: **00000164036-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**3.375,00**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%		
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R$	**3.375,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora **LÍDER**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Pedro Neto Sousa dos Santos,

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.094.729 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 13 / 09 / 2012 E CPF 115.815.754-16 /CNPJ ___-___-___. PROFISSÃO Agricultor E RENDA MENSAL DE R$ Ricuro (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro Neto Sousa dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenizaçã informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T19%*

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PROTOCOLO AG JOÃO PESSOA 07 AGO 2017 COMPREV COMPROVANTES E PREVIDÊNCIA S/A

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00364036-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Terezinha PB 31 de Julho de 2017 — Pedro Neto Sousa dos Santos

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Plantão Centralizado de Patos/PB

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

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

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO - ADITAMENTO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 3310/2017**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E OITO (28)** dias do mês de **JULHO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel.(ª) DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegada (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**, brasileira(o), RG: 4094729 SSDS/PB, CPF 115.815.754-16, data de nasc. 22/09/1995, natural de Santa Teresinha/PB, Filho(a) de Paulo Roberto Oliveira dos Santos e de Antonia Sousa dos Santos, Residente no Sitio Urtiga de Baixo, zona rural de Santa Teresinha/PB, Tel: (83)9.8102.2485, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 25/07/2015, por volta das 23h:30min, conduzia a motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, placa QFF-9477/PB, Renavam 0126502271-0, chassi 9C2JC4110ER408191, Licenciada em nome de Paulo Antonio Sousa dos Santos, quando próximo ao Sitio Urtiga , zona rural de Santa Teresinha/PB, em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu: Que foi socorrido e elevado para o **Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB, pela equipe do SAMU, chegando as 00:44:48 horas, do dia 26/07/2015, tendo que ser removido no mesmo dia para o Hospital de Traumas, localizado na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a uma cirurgia na cabeça.**

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Pedro Neto Sousa dos Santos

Patos/PB, 28 de Julho de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
ANA Mª DA C. LEANDRO
Mat. 138.428-7

DOCUMENTO 1 *T1%*

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - 54ª DDPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MÃE D'ÁGUA-PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2016 constatei a Ocorrência Policial nº **003/2016** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 12 dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezesseis nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 10h40min compareceu **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**,brasileiro,solteiro, nascido aos 22/09/1995, natural de Santa Terezinha-PB, filho de Paulo Roberto Oliveira dos Santos e de Antonia Sousa dos Santos, residente no Sítio Urtiga – zona rural – Santa Terezinha/PB, ***para registrar a seguinte ocorrência*: QUE o noticiante afirma que na data de 25/07/2015, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan KS, ano de fabricação e modelo 2014, cor preta, placa QFF9477/PB, chassi 9C2JC4110ER408191, licenciada em nome de Paulo Antonio Sousa dos Santos, em uma estrada de terra, quando já próximo a sua residência perdeu o controle da motocicleta e caiu, tendo perdido os sentidos e só os recobrado dias depois, quando percebeu que estava internado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB. E nada mais foi registrado.** ***TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL****, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).*

Mãe D'Água-PB, 12 de fevereiro de 2016.

NOTICIANTE: Pedro Neto Sousa dos Santos

Janduilma Guedes de F. Rodrigues
Escrivã Ad-hoc
Mat. 139.419-3

COMPREV SEGURANÇA PREVIDENCIAL S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Clenaldo Queiroz de Medeiros
Delegado de Polícia
Mat. 125.529-5

ALDO XAVIER
1º OFÍCIO DE PROTOCOLO
OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS
Janaide Xavier Gomes – Tabeliã
Arlene Maria Xavier Dantas – Substituta

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 31/07/2017 11:13:02
Arlene M. Xavier Dantas - Tabelia Substituta
[2017-016241] EMOL:R$ 2,31 FARPEN:R$ 0,27 FEPJ:R$ 0,46 ISS:R$ 0,07
SELO DIGITAL: AF012076-9FF1
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
ALDO XAVIER
1º OFÍCIO DE NOTAS
Fone: (83) 3421-3438
FAX: (83) 3421-8630

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Neto Sousa dos Santos, portador da carteira de identidade nº 4.094.729 e inscrito no CPF/MF sob o nº 115.815.754-16, residente e domiciliado na Sítio Urtiga de Baixo, S/N - Area Rural, Cidade Santa Terezinha, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 "73%"

Pedro Neto Sousa dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Santa Terezinha-PB; 31/Julho/2017

Local e data

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 25.01.2015 | OCORRÊNCIA Nº: 109 | PACIENTE / USUÁRIO: Pedro Neto S. dos Santos

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio Intiga | BAIRRO: | IDADE: 19 | SEXO: [X] MASC. [ ] FEM.

MÉDICO REGULADOR: Dr Guilherme

APOIO NO LOCAL: [ ] PM [ ] RESGATE/BOMBEIROS [ ] RESGATE PRF [ ] CPTRAN [ ] STTRANS [ ] OUTRO:

OTA: [ ] SOBRIDO POR TERCEIROS [ ] RECUSOU ATENDIMENTO [ ] SOCORRIDO PELO BOMBEIRO [ ] LOCAL NÃO ENCONTRADO [ ] OUTRO:

TIPO DE AGRAVO

[X] ACIDENTE DE TRÂNSITO	[ ] PEDIÁTRICO
[ ] AGRESSÃO	[ ] PSIQUIÁTRICO
[ ] CLÍNICO	[ ] QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
[ ] DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	[ ] QUEDA _____ METROS
[ ] ELETROCUSSÃO	[ ] QUEIMADURAS
[ ] F.A.B.	[ ] OUTROS
[ ] F.A.F. (P.A.F.)	
[ ] GINECO-OBSTÉTRICO	
[ ] LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

[ ] AIDS	[ ] DOENÇA MENTAL
[X] ALCOOLISMO	[ ] DOENÇA RENAL
[X] AVC	[ ] DROGA
[ ] CIRURGIAS REALIZADAS	[ ] HIPERTENSÃO ARTERIAL
[ ] CONVULSÕES	[ ] INTERNAMENTOS ANTERIORES
[ ] DIABETES	[ ] MEDICAMENTOS
[ ] DOENÇA CARDÍACA	[ ] PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
[ ] DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	[ ] OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: [illegible]

MOTIVO DE TRANSPORTE

[ ] APOIO DIAGNÓSTICO [ ] SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE [X] TRANSFERÊNCIA SIMPLES

[ ] OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Vítima de moto.

DOCUMENTO 2 "T2%"

DADOS VITAIS

VVAA: [X] LIVRE [ ] OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: [ ] >30irpm [X] <30irpm / PULSO RADIAL: [X] Presente [ ] Ausente / PAS: [ ] >90mm Hg [X] <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: FR: 24 TEMP: _____ °C GLICEMIA: 119 mg/dl E. Com a: _____ SpO2s/O2: 100 / 60%

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 07 AGO. 2017 DOCUMENTO 3 PROTOCOLO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

[ ] Ansiedade [ ] Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída [X] Comunicação Verbal Prejudicada [ ] Confusão Aguda [ ] Deambulação Prejudicada [ ] Débito Cardíaco Diminuído [ ] Desobstrução Ineficaz das VVAA [ ] Disreflexia Autônoma [ ] Dor Aguda [ ] Hipertermia [ ] Hipotermia [ ] Integridade da Pele Prejudicada [ ] Integridade Tissular Prejudicada [ ] Medo [ ] Intolerância a Atividade [ ] Mucosa Oral Prejudicada [ ] Padrão Respiratório Ineficaz [ ] Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz [ ] Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz [ ] Perfusão Tissular Gastrintestinal Ineficaz [ ] Perfusão Tissular Renal Ineficaz [ ] Perfusão Tissular Periférica Ineficaz [ ] Troca de Gases Prejudicada [ ] Ventilação Espontânea Prejudicada [ ] Volume de Líquidos Deficientes [ ] Volume Excessivo de Líquidos [ ] Náusea [ ] Retenção Urinária [ ] Percepção Sensorial Perturbada [ ] Interação Social Prejudicada [ ] Incontinência Intestinal [ ] Eliminação Urinária Prejudicada [ ] Constipação [ ] Outros _____

INTERVENÇÕES

SSVV + transporte ao HRP.

Limpeza de escoriações.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino, 19 anos, acidentado, vítima de queda de moto, apresenta escoriações no braço esquerdo, internado na Unidade Hospitalar, sob RH. Realizado transporte ao HRP.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 SF
03 gaze

E.C.G.:
☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO
☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

_____

PROCEDIMENTOS
☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TAL ASPIRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

_____

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

_____

ENCAMINHAMENTO
☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE
☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA
NOME: _____ R.G.: _____
ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE
MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____
ENFERMEIRO(A): Samara CORENS: 239 MAT.: _____
Samara Wanderley Alves Xavier Enfermeira COREN-PB 239.923
AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____
CONDUTOR: Claudinor MAT.: _____

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Neto Sousa dos Santos,
RG nº 4094729, data de expedição 13/09/2012, Órgão SSDS-PB,
CPF nº 115.815.754-16, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sitio Urtiga de Baixo
Número	S/N
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Área Rural
Cidade	Santa Terezinha
Estado	Paraiba
CEP	58720000
Telefone de Contato	(83) 3421-8003 (83) 99655-9484 (83) 99969-9976
E-mail	emmanoela@hotmail.com.br

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Terezinha-PB; 31 / Julho / 2017

Assinatura do Declarante: Pedro Neto Sousa dos Santos

ANTONIA SOUSA DOS SANTO
SIT ORTIGA DE BAIXO, S/N - ÁREA RURAL
SANTA TERESINHA / PB CEP: 58720000 (AG: 118)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 5 - 123 - 593 - 1780
Nº medidor: 0000989770

Referência: Mai / 2017
Emissão: 24/05/2017

ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 - Grado Rodrigues - João Pessoa / PB - CEP 58037-580
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.145.962
Código para Débito Automático: 8000000371887

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: Mai / 2017

UC (Unidade Consumidora): [redacted]5/837400-7

Canal de contato

Apresentação: 24/05/2017

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração subsistirá, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, até quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Data prevista da próxima leitura: 26/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI: 138302429
Insc. Est.:

Faturas em atraso

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
25/04/17	8503	24/05/17	8575	1	72	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	72	0,42916	30,89
Adic. B. Vermelha			2,16
ICMS			11,95
PIS			0,51
COFINS			2,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,57
JUROS DE MORA 04/2017			0,38
MULTA 04/2017			1,17

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	90
Mar/17	82
Fev/17	80
Jan/17	111
Dez/16	88
Nov/16	78
Out/16	94
Set/16	83
Ago/16	75
Jul/16	78
Jun/16	77
Mai/16	74

Média dos últimos meses: 85

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R$
ICMS	47,80	25,00	11,95
PIS	47,80	1,0737	0,51
COFINS	47,80	4,9443	2,38

VENCIMENTO: 31/05/2017

TOTAL A PAGAR: R$ 58,58

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

555c.df4c.6f98.fb52.6820.12e5.38bc.b891.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Jacobi

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	11,16	0,00
DIC TRIMESTRAL	22,32	
DIC ANUAL	44,65	
FIC MENSAL	7,97	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,94	
FIC ANUAL	30,66	
DMIC	8,08	0,00
DICRI	58,80	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Valor da Tarifa

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	11,87	20,26
Compra de Energia	16,02	27,35
Serviços de Transmissão	0,91	1,56
Encargos Setoriais	4,28	7,31
Impostos e Outros Encargos	25,60	43,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,68	100,00

Valores EUSD (Out 3/2017) R$ 19,01

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 267
58700-020 -PATOS -PB

EMMANOELA S P V SOU

R TITICO GOMES 405
58700-970 -PATOS -PB

JK150819127BR 264

DOCUMENTO 1 - 1146

CAIXA

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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.

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO 2017
AG PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Pelo exposto, eu EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V.DE S. ARAUJO, portador(a) do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE em

04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pedro Neto Sousa dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Pedro Neto Sousa dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG,CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO