
Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082261

Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190082261 Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Data do Acidente: 08/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082261

Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

041.365.769-71

Nome completo da vítima:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

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

Nome completo:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF:

041.365.769-71

Profissão:

ANDRADE

Endereço:

R. DON. NAUANA DE OLIVEIRA SANTOS

Número:

25

Complemento:

Bairro:

CIDADE DOS COQUEIS

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

53043-192

E-mail:

CONSULTA@ALOCADORS@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

35 4341-2216

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0735

CONTA:

00043638

9

(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 titularidade, o valor da indenização/desbolso 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data:

JOÃO PESSOA, PB 18/12/2018

Nome: MARIA APARECIDA MANGUEIRA DA SILVA

CPF: 424.655.744-15

Maria Aparecida Mangueira da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: ALESSANDRO RODRIGUES DE MORAES

CPF: 954.627.704-35

Alessandro Rodrigues de Moraes

Assinatura

2º Nome: FREDERICO GOMES

CPF: 965.314.194-87

Frederico Gomes

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

041.365.769-71

Nome completo da vítima:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

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

Nome completo:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF:

041.365.769-71

Profissão:

ANDRADE

Endereço:

R. DON. NAUANA DE OLIVEIRA SANTOS

Número:

25

Complemento:

Bairro:

CIDADE DOS COQUEIS

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

53043-192

E-mail:

CONSULTA@ALOCADORS@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

35 4341-2216

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0735

CONTA:

00043638

9

(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 titularidade, o valor da indenização/diábolio 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

JOÃO PESSOA, PB 18/12/2018

Nome: MARIA APARECIDA MANGUEIRA DA SILVA

CPF: 424.655.344-15

Maria Aparecida Mangueira da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: ALESSANDRO RODRIGUES DE MIRANDA

CPF: 954.627.704-35

Alessandro Rodrigues de Miranda

Assinatura

2º Nome: FREDERICO GOMES

CPF: 965.314.194-81

Frederico Gomes

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190082261
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Cunha de Andrade
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Domestica Maurina de Oliveira Santos, 25
Cidade dos Colibris Joao Pessoa PB CEP: 58073-192
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2290301
Data local do acidente: [08/09/2018]
Data local do exame: [11/02/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE LEVE

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 26/10/2018

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

AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO. PORÉM REFERE QUEIXAS DE TONTURA E CEFALÉIA.

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

☒ (X) Sim () Não

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

() Sim ☒ (X) Não

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

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☒ (X) "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):

% 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):

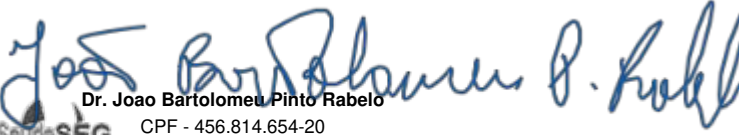
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02059.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02059.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:22 horas do dia 26 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Antonio Cunha de Andrade**, CPF nº 041.365.764-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Márcia Maria Cunha de Andrade e Adauto Anulino de Andrade, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 28/10/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Maurina de Oliveira Santos, Nº 25, complemento COLIBRIS II, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Psf Colibris II, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-5637.

Dados do(s) Fatos:

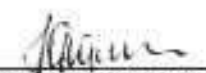
Local: Br 101, Proximidades da Fabrica de Tijolos, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 08/09/18 13:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante trafegava com pas/automóvel tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/160 START, ano e modelo: 2017 de cor vermelha, placa: QFY1454/PB, CHASSI Nº 9C2KC2500HR200575, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo trafegava normalmente quando a mesma veio a derrapar, fazendo com que o mesmo viesse a perder o controle e caído ao chão; QUE o notificante foi socorrido pelo SAMU, conforme declaração e encaminhado para o H.E.T.S.H.L conforme documento de alta prontuário nº 110945 e relatório médico, assinados pelos médicos Dr Daniel Ronconi CRM 7423/PB e Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742/PB; QUE não quer representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 26 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
Notificante



Procedimento Policial: 02059.01.2018.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02059.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02059.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:22 horas do dia 26 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Antonio Cunha de Andrade**, CPF nº 041.365.764-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Márcia Maria Cunha de Andrade e Adauto Anulino de Andrade, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 28/10/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Maurina de Oliveira Santos, Nº 25, complemento COLIBRIS II, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Psf Colibris II, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-5637.

Dados do(s) Fatos:

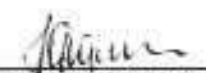
Local: Br 101, Proximidades da Fabrica de Tijolos, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 08/09/18 13:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante trafegava com pas/automóvel tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/160 START, ano e modelo: 2017 de cor vermelha, placa: QFY1454/PB, CHASSI Nº 9C2KC2500HR200575, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo trafegava normalmente quando a mesma veio a derrapar, fazendo com que o mesmo viesse a perder o controle e caído ao chão; QUE o notificante foi socorrido pelo SAMU, conforme declaração e encaminhado para o H.E.T.S.H.L conforme documento de alta prontuário nº 110945 e relatório médico, assinados pelos médicos Dr Daniel Ronconi CRM 7423/PB e Dr. Tomas Catão Monte Raso CRM 7742/PB; QUE não quer representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 26 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
Notificante



Procedimento Policial: 02059.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

041.365.764-71

Nome completo da vítima:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

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

Nome completo:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF:

041.365.764-71

Profissão:

ANDRADE

Endereço:

R. DON. NAUANA DE OLIVEIRA SANTOS

Número:

25

Complemento:

Bairro:

CIDADE DOS COQUEIS

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

53043-192

E-mail:

CONSULTA@ALOCADORS@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

35 4341-2216

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0735

CONTA:

00043638

9

(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 titularidade, o valor da indenização/diábolio 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

JOÃO PESSOA, PB 18/12/2018

Nome: MARIA APARECIDA MANGUEIRA DA SILVA

CPF: 424.655.744-15

Maria Aparecida Mangueira da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: ALESSANDRO RODRIGUES DE MIRANDA

CPF: 954.627.704-35

Alessandro Rodrigues de Miranda

Assinatura

2º Nome: FREDERICO GOMES

CPF: 965.314.194-81

Frederico Gomes

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

041.365.769-71

Nome completo da vítima:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

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

Nome completo:

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF:

041.365.769-71

Profissão:

ANDRADE

Endereço:

R. DON. NAUANA DE OLIVEIRA SANTOS

Número:

25

Complemento:

Bairro:

CIDADE DOS COQUEIS

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

53043-192

E-mail:

CONSULTA@ALOCADORS@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

35 4341-2216

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0735

CONTA:

00043638

9

(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 titularidade, o valor da indenização/desembolso 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

JOÃO PESSOA, PB 18/12/2018

Nome: MARIA APARECIDA MANGUEIRA DA SILVA

CPF: 424.655.744-15

Maria Aparecida Mangueira da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: ALESSANDRO RODRIGUES DE MIRANDA

CPF: 954.627.704-35

Alessandro Rodrigues de Miranda

Assinatura

2º Nome: FREDERICO GOMES

CPF: 965.314.194-81

Fredereco Gomes

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/105, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2187418, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ANTONIO CUNHA DE ANDRADE** idade 40 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 08/09/2018, na BR 101, nas proximidades da Fabrica de Tijolos, antes da entrada de Lucena, Bairro: Várzea Nova - Santa Rita - aproximadamente às 13:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE 13.º 10123-0/2011

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

26 DEZ 2018
PROCOLO

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/105, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2187418, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ANTONIO CUNHA DE ANDRADE** idade 40 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 08/09/2018, na BR 101, nas proximidades da Fabrica de Tijolos, antes da entrada de Lucena, Bairro: Várzea Nova - Santa Rita - aproximadamente às 13:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE 13.º 10123-0/2011

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

26 DEZ 2018
PROTOCOLADO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LUISSA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332166700

Boletim de Atendimento: 1107020



Identificação do paciente

ID 1324276	Nome ANTONIO CUNHA DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40 anos 10 meses 12 dias	Estado civil Religião Prontuário 110945
Mãe ADAUTO ANULINO DE ANDRADE	Pai MARCIA MARIA CUNHA DE ANDRADE	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA APARECIDA MARQUES - ESPOSA(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988735537	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2298301	Nº Cns
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade BANANEIRAS	CBO/R

Endereço

CEP 58073192	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOMÉSTICA MAURINA DE OLIVEIRA SANTOS
Número 25	Complemento	Bairro CIDADE DOS COLIBRIS	

Admissão

Data e Hora 06/09/2018 15:40:56	Número da pulseira 1000006936609	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RU#	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
CID						
Atendido por ADRIANA DE OLIVEIRA PORTO						
Tempo 41seg						

Imprimir





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
DATA DE NASCIMENTO	28/10/77
NOME DA MÃE	MARCIA MARIA CUNHA DE ANDRADE

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.945
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.107.020
DATA DO ATENDIMENTO	08/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE
CID 10	S06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com traumatismo craniano e hematoma extradural. Realizado tratamento conservador para o TCE. Refere dor em quadril esquerdo, em tornozelo esquerdo, em joelho esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia
RX de joelho esquerdo
RX de tornozelo direito.
C de crânio
TC de coluna cervical
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Hematoma extradural.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de TCE com hematoma extradural.

ALTA HOSPITALAR: 14/09/18
DATA DA EMISSÃO: 12/11/18

20 DEZ. 2018

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 38a 8m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço JORNALISTA ROBERTO MARINHO, SN - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER SEUS DADOS		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIQUEIRO	Nº Cons. Regional 3845/PB	
Data/Hora Classificação 09/2018 15:40:56			Data/Hora Prescrição 08/09/2018 15:23:07	

Anamnese

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA NO CRÂNIO, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO, QUEIXAS DE DOR E SANGRAMENTO LOCAL, BEM COMO ABRASÕES EM TORNOZELOS D E E. ESTÁ SOB EFEITO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

NÓ MOMENTO:

SONOLENTO (PELA AVALIAÇÃO TEM MAIS RELAÇÃO COM INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS), RESPONSIVO, PORÉM, SEGUNDO INFORMAÇÕES DA SOCORRISTA ESTAVA AGITADO NO LOCAL DO ACIDENTE. ESTADO GERAL REGULAR, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, SEM DEFICIT MOTOR APARENTE.

TORAX NDN.

ABDOMEM NDN.

MEMBROS INFERIORES COM ABRASÕES EM REGIÃO DE TORNOZELOS.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

ETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SUTURA DE FERIMENTO

CURATIVO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FAZER RX BILATERAL)

CID10

Código	Descrição
S01.0	Ferimento do couro cabeludo
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Prescrição registrada por: ADRIANA DE OLIVEIRA PORTO em 08/09/2018 15:41:37

20 DEZ. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

PRESCIPÇÃO MÉDICA

$$+CE - HCA + FACA$$

CHART 1

References

10

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação da Udo	Via de	Veloc. Inf.	Pug	Apreçamento

1	DIETA	0,0		ORAL		
2	RANITIDINA 300MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			
	Diluir em: água destilada	10,0	ML	E.V.	12/12H	12 05
3	CETOPROFENO 100 MG	100,0	IAG			
	Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML	E.V.	12/12H	12 05
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML			
	Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML	E.V.	8/8H	12 05 09
5	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML			
	Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	10,0	ML	E.V.	24H	12 05 20 45
6	DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			
	Diluir em: Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML	E.V.	8/8H	12 05 05 15
7	AFERIR PA E FC	0,0				12 05 05 15
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0				12 05 05 15
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0				12 05 05 15
10	SSVV + CCGG	0,0				12 05 05 15

13 de Setembro de 2018

COPIED FROM

Assinatura e Carimbo do Profissional

30 DEC. 2019

PROTOCOLLO
AD FES

THAISE AND

CHM: 5047

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 12/09/18 13:11
 Usuário: LEONARDO
 Bolém: 1107020

Nome: ANTONIO CLINHA DE ANDRADE
 Motivo de Atendimento: Maternidade / Leito
 Data de: 28/10/1977
 Idade: 40a 10m 15d
 Sexo: MASCULINO
 Nº Prontuário: 110945
 Data Prescrição: 12/09/2018 13:11:30
 Nº: 1107020
 Validade da Prescrição: 12/09/2018 17:00:00 - 13/09/2018 17:00:00
 Conveniência SUS: AREA LARANJA - UDC B / 0007
 Matrícula:
 Sania

B

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

1	DIETA	0.0					
2	RAMITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		ORAL		
	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.	12/12H	17 05
3	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG				
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.	12/12H	17 05
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML				
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.	8/8H	17 05
5	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	2000.0	ML				
	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.	24H	17 05
6	Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	10.0	ML		E.V.	6/6H	17 05
	AFERIR PA E FC	0.0					
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0					
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0					
10	SSTW + CCGG	0.0					

PROTÓCOLO
 2013
 2013 DEZ. 2013

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
 CRM: 6028

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 10/09/18 08:23
Usuário: DANIEL
Boletim: 1107020

Nome: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
Motivo do Atendimento: 28/10/1977
Idade: 40a 10m 13d
Sexo: MASCULINO
Nº Prontuário: 110945
Data Prescrição: 10/09/2018 08:23:02
Validade da Prescrição: 10/09/2018 17:00:00 - 11/09/2018 17:00:00
Convenio SUS: AREA LARANJA - UDC B / 0007
Matrícula: 1107020
Senha:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poa	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

1	DIETA	0,0					
2	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		ORAL		
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.	12/12H	17 05
3	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.	8/8H	17 01 05
4	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	2000,0	ML		E.V.	24H	17 23 05 11
5	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML		E.V.	8/8H	
6	AFERRER PA E FC	0,0					
7	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0					
8	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0					

PROTOCOLADO
23 DEZ. 2018
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
CRM: 7423

Dr. Daniel Ronconi
Neurologista
CRM 28.7423

10 de Setembro de 2018
Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: 08/09/2018 20:39
 Usuário: GUSTAVO
 Bolém: 1107020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PACIENTE NÃO IDENTIFICADO		Data do: 01/01/1980	Idade: 38a An 7d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1107020	Nº Prontuário: 08/09/2018 20:38:55
Motivo da Atendimento:		Enfermaria / Leito:		Validade da Prescrição: 08/09/2018 20:38:00 - 09/09/2018 20:38:00		
Convenio: SUS	Matrícula:		Sessão:			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

1	DIETA ZERO	0.0			NEUTRUMA		OT
2	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML	E.V.		12/12H	23 11
3	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML	E.V.		8/8H	23 07 15
4	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	2000.0	ML				
				E.V.		24H	23 07 32 40
5	DIPERONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				
	Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	10.0	ML	E.V.		8/8H	23 05 11 17
6	VITAMINAS DO COMPLEXO B INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				
				E.V.		8/8H	23 07 15
7	AFERIR PA E FC	0.0					
8	CABECERA ELEVADA A 30°	0.0					
9	HGT 6/8HS	0.0					
10	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0					

Dr. Victor Neves Porto
 CRM: 76507
 Assinatura e Carimbo do Profissional

20 DEZ. 2018
 PROTOCOLO

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
 CRM: 7650

Data: 08/09/18 16:23
 Usuário: FABIO KENEDY
 Boleim: 1107020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	PACIENTE NÃO IDENTIFICADO		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Promitório	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	Enfermária / Leito		01/01/1980	38a 8m 7d	MASCULINO	1107020		08/09/2018 16:23:07
Convênio	SUS		Matrícula		Validade da Prescrição			
					08/09/2018 16:23:00 - 09/09/2018 16:23:00			
					Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprimoramento
1 CETOPIROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		AGORA	
2 DIFIROHA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000,0	ML		E.V.		AGORA	
4 TETANOGAMMA	250,0	UI		INTRAMUSCUL		AGORA	
5 AFERIR PA E FC	0,0						
6 CURATIVO	0,0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0						
8 PARECER ORTO	0,0						
9 SUTURA DE FERIMENTO	0,0						

08 de Setembro de 2018

Dr. Fábio Kenedy Almeida Trigueiro
 CRM: 3945

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
 CRM: 3945

20 DEZ. 2018
 PROTOCOLO

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 14/09/2018 11:01:53

Paciente ANTONIO CUNHA DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295	Prontuário 110945
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 14/09/2018 11:01:28)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR

--> HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLINICO ESTAVEL. NEGA CEFALIA.

AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM DEFICITS MOTORES.
NEGA CERVICALGIA E LOMBALGIATC DE CONTROLE (10/09) HEDA PARIETAL ESQUERDO COM DE FRATURA TEMPORAL E OCCIPITAL
REFERE DOR EM REGIÃO COXO FEMORAL ESQUERDO

TC DE CONTROLE (13/09): ASPECTO DO HEMATOMA MANTIDO.

CD: ALTA HOSPITALAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0097

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB 7423

20 DEZ. 2013
PROTOCOLO
ALTO PEDIDO

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 12/09/2018 13:08:25

Paciente ANTONIO CUNHA DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:55	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 12/09/2018 13:08:12)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR

→ HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL. REFERE MELHORA DA CEFALÉIA.

AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM DEFICITS MOTORES.

TC DE CONTROLE (11/09) ASPECTO MANTIDO.

CD.: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
PROGRAMAR NOVA TC DE CONTROLE PARA AVALIAR ALTA.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028



172 Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 11/09/2018 09:51:38

Paciente ANTONIO CUNHA DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295	Prontuário 110945
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 11/09/2018 09:51:25)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR

--> HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLINICO ESTAVEL. REFERE DISCRETA CEFALÉIA.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

PUPILAS ICOCORICAS E FOTORREATIVAS.

TC DE CONTROLE (11/09) ASPECTO MANTIDO.

CD.

OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

NOVA TC EM 3 DIAS PARA AVALIAR ALTA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423





Receituário Médico



Relatório Médico

Relato para fins trabalhistas
e previdenciários que o paciente
te Antonio Cunha de Andrade
foi vítima de acidente de moto
em 08/09/18, com TCE e
Hematoma extra-dural, tratado
conservadoramente. Refere Vertigem
limitante. Surgiu cefaleia
durante atividades laborais por
36 (trinta) dias

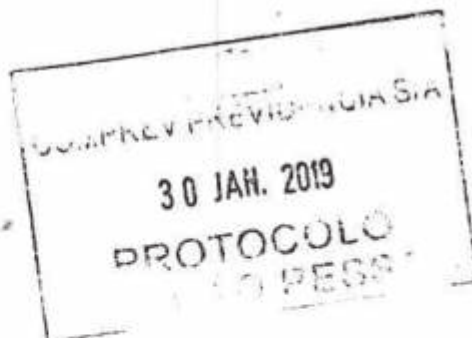
Data: 19/10/18

(CID: 506)

Tomás Carlos Monteiro
Neurologista
CRM/PA 6742

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



172.16.0.6.8080/cvb/boas/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=421315&dataInicial=11/09/2018 09:51:25&dataFinal=11/09/2018 09:51:25

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 11/09/2018 09:51:38

Paciente ANTONIO CUNHA DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295	Prontuário 110945
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 11/09/2018 09:51:25)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR

--> HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLINICO ESTAVEL. REFERE DISCRETA CEFALÉIA.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

PUPILAS ICOCORICAS E FOTORREATIVAS.

TC DE CONTROLE (11/09) ASPECTO MANTIDO.

CD.

OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

NOVA TC EM 3 DIAS PARA AVALIAR ALTA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 12/09/2018 13:08:25

Paciente ANTONIO CUNHA DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:55	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 12/09/2018 13:08:12)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR

→ HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLINICO ESTAVEL. REFERE MELHORA DA CEFALÉIA.

AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM DEFICITS MOTORES.

TC DE CONTROLE (11/09) ASPECTO MANTIDO.

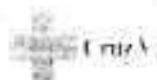
CD.: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
PROGRAMAR NOVA TC DE CONTROLE PARA AVALIAR ALTA.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. CRISTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: THAISE
AGRA TEIXEIRA
Em: 13/09/2018 08:47:00

Paciente ANTONIO CUNHA DE ALBUQUERQUE	Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO

THAISE AGRA TEIXEIRA - 13/09/2018 08:46:47

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO
DESCRIÇÃO DO

#NCR

→ HEMATOMA SUBDURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EM BOM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL. NEGA CEFALÉIA

AO EXAME FÍSICO: A 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM DEFICITS MOTORES, NEGA CERVICALGIA E LOMBALGIA

TC DE CRÂNIO: HEMATOMA PARIETAL ESQUERDO COM DE FRATURA TEMPORAL E OCCIPITAL REFERE DO ACIDENTE COM O COXO FEMORAL ESQUERDO

CD.: SOLICITAÇÃO DE RX ART COXO FEMORAL ESQUERDO

Seção: AREA LIT
Profissional res: THAISE Leticia 0007
Informação: THAISE AGRA TEIXEIRA

Dra. Thaise Aggra Teixeira
Neurologista
CRM-48500

Numero Conselho: 5247





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 14/09/2018 11:01:53

Paciente ANTONIO CUNHA DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1107020	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 707602289052295
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110945	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 14/09/2018 11:01:28)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NCR:

--> HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLINICO ESTAVEL. NEGA CEFALIA.

AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM DEFICITS MOTORES.
NEGA CERVICALGIA E LOMBALGIATC DE CONTROLE (10/09) HEDA PARIETAL ESQUERDO COM DE FRATURA TEMPORAL E OCCIPITAL
REFERE DOR EM REGIÃO COXO FEMORAL ESQUERDO

TC DE CONTROLE (13/09): ASPECTO DO HEMATOMA MANTIDO.

CD: ALTA HOSPITALAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0097

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB 7423

20 DEZ. 2013
PROTOCOLO
ALTO PEDIDO

Data: 08/09/18 16:23
 Usuário: FABIO KENEDY
 Boleim: 1107020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	PACIENTE NAO IDENTIFICADO		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Promitido	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		01/01/1980	38a 8m 7d	MASCULINO	1107020		08/09/2018 16:23:07
Convênio	SUS		Matrícula		Validade da Prescrição		08/09/2018 16:23:00 - 09/09/2018 16:23:00	
				Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprimoramento
1 CETOPIROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		AGORA	
2 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
3 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000,0	ML		E.V.		AGORA	
4 TETANOGAMMA	250,0	UI		INTRAMUSCUL		AGORA	
5 AFERIR PA E FC	0,0						
6 CURATIVO	0,0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0						
8 PARECER ORTO	0,0						
9 SUTURA DE FERIMENTO	0,0						

08 de Setembro de 2018

Dr. Fábio Kenedy Almeida Trigueiro
 CRM: 3945

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
 CRM: 3945

20 DEZ. 2018
 PROTOCOLO

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: 08/09/2018 20:39
 Usuário: GUSTAVO
 Bolém: 1107020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PACIENTE NÃO IDENTIFICADO		Data do: 01/01/1980	Idade: 38a An 7d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1107020	Nº Prontuário: 08/09/2018 20:38:55
Motivo da Atendiment: Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição: 08/09/2018 20:38:00 - 09/09/2018 20:38:00		Sessão		
Convênio: SUS		Matrícula:				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

1	DIETA ZERO	0.0			NEUTRUMA		011
2	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML	E.V.		12/12H	23 11
3	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML	E.V.		8/8H	23 07 15
4	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	2000.0	ML				
				E.V.		24H	23 07 32 40
5	DIPERONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				
	Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	10.0	ML	E.V.		8/8H	23 05 11 17
6	VITAMINAS DO COMPLEXO B INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				
				E.V.		8/8H	23 07 15
7	AFERIR PA E FC	0.0					011
8	CABECERA ELEVADA A 30°	0.0					011
9	HGT 6/8HS	0.0					23 07 11 17
10	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0					23 07 11 17

Dr. Gustavo Victor Neves Porto
 CRM: 76507
 Assinatura e Carimbo do Profissional

20 DEZ. 2018
 PROTOCOLO

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
 CRM: 7650

Data: 10/09/18 08:23
Usuário: DANIEL
Boleim: 1107020
Data Prescrição: 10/09/2018 08:23:02

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ANTONIO CUNHA DE ANDRADE	Data de	28/10/1977	Idade	40a 10m 13d	Sexo	MASCULINO	Nº	1107020	Nº Prontuário	110945	
Motivo do Atendimento	Enfermista / Leito											
Convênio	AREA LARANJA - UDC B / 0007											
SUS	Matrícula											
Validade da Prescrição												
10/09/2018 17:00:00 - 11/09/2018 17:00:00												
Senha												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poa	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

1	DIETA	0,0					
2	CETOPROFENO 100 MG Diluir em Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0 100,0	MG ML			ORAL E.V.	
3	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML) Diluir em Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	4,0 100,0	ML ML			E.V.	
4	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML			E.V.	
5	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	2,0 10,0	ML ML			E.V.	
6	AFERRIPA E FC	0,0					
7	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0					
8	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0					

PROTOCOLO
23 DEZ. 2018

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
CRM: 7423

Dr. Daniel Ronconi
Neurologia
CRM 23.7423

10 de Setembro de 2018
Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 12/09/18 13:11
 Usuário: LEONARDO
 Bolém: 1107020

Nome: ANTONIO CLINHA DE ANDRADE
 Motivo de Atendimento: Motivo de Atendimento
 Data de: 28/10/1977
 Idade: 40a 10m 15d
 Sexo: MASCULINO
 Nº Prontuário: 110945
 Data Prescrição: 12/09/2018 13:11:30
 Validade da Prescrição: 12/09/2018 17:00:00 - 13/09/2018 17:00:00
 Conveniência SUS: AREA LARANJA - UDC B / 0007
 Matrícula: 25014
 Sentença

B

Nº	Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
----	---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

1	DIETA	0,0			ORAL			
2	RAMITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	17 05
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
3	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	17 05
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		8/8H	17 05
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
5	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24H	17 05
6	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	17 05
	Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
7	AFERIR PA E FC	0,0						
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						
10	SSTW + CCGG	0,0						

PROTÓCOLO
 2013
 2013

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
 CRM: 6028

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

TCÉ - HERNIA + FRACTURA

Matrícula: _____

Nome do medicamento: _____ Dose: _____ U.M.: _____ Orientação do Uso: _____ Via de: _____ Veloc. Inj.: _____ Pos: _____ Aprazamento: _____

1	DIETA	0,0		ORAL			
2	RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	EV.	12/12H	17	05
	Diluir em: ÁGUA DESTILADA	10,0	ML				
3	GETOPROFENO 100 MG	100,0	IAG	EV.	12/12H	17	05
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML	EV.	8/8H	17	05
	Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
5	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML	EV.	24H	17	05
6	DIPYRONA 100 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	EV.	8/8H	17	05
	Diluir em: Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
7	AFERIR PA E FC	0,0					
8	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0					
9	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0					
10	SSVV + CCGG	0,0					

30 DEZ. 2018

PROTOCOLO

THAISE AGRA

CRM: 9247

13 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1107920	Data/Hora Entrada 08/09/2018 15:40:56	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1980	Idade 38a 8m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço JORNALISTA ROBERTO MARINHO, SN - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE FORNECER SEUS DADOS		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIQUEIRO	Nº Cons. Regional 3845/PB	
Data/Hora Classificação 09/2018 15:40:56			Data/Hora Prescrição 08/09/2018 15:23:07	

Anamnese

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA NO CRÂNIO, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO, QUEIXAS DE DOR E SANGRAMENTO LOCAL, BEM COMO ABRASÕES EM TORNOZELOS D E E. ESTÁ SOB EFEITO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

NO MOMENTO:

SONOLENTO (PELA AVALIAÇÃO TEM MAIS RELAÇÃO COM INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS), RESPONSIVO, PORÉM, SEGUNDO INFORMAÇÕES DA SOCORRISTA ESTAVA AGITADO NO LOCAL DO ACIDENTE. ESTADO GERAL REGULAR, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, SEM DEFICIT MOTOR APARENTE.

TORAX NDN.

ABDOMEM NDN.

MEMBROS INFERIORES COM ABRASÕES EM REGIÃO DE TORNOZELOS.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

ETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SUTURA DE FERIMENTO

CURATIVO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FAZER RX BILATERAL)

CID10

Código	Descrição
S01.0	Ferimento do couro cabeludo
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Prescrição registrada por: ADRIANA DE OLIVEIRA PORTO em 08/09/2018 15:41:37

20 DEZ. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
DATA DE NASCIMENTO	28/10/77
NOME DA MÃE	MARCIA MARIA CUNHA DE ANDRADE

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.945
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.107.020
DATA DO ATENDIMENTO	08/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE
CID 10	S06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com traumatismo craniano e hematoma extradural. Realizado tratamento conservador para o TCE. Refere dor em quadril esquerdo, em tornozelo esquerdo, em joelho esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia
RX de joelho esquerdo
RX de tornozelo direito.
C de crânio
TC de coluna cervical
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Hematoma extradural.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de TCE com hematoma extradural.

ALTA HOSPITALAR: 14/09/18
DATA DA EMISSÃO: 12/11/18

20 DEZ. 2018

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luoma



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332166700

Boletim de Atendimento: 1107020



Identificação do paciente

ID 1324276	Nome ANTONIO CUNHA DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/10/1977	Idade 40 anos 10 meses 12 dias	Estado civil Religião Prontuário 110945
Mãe ADAUTO ANULINO DE ANDRADE	Pai MARCIA MARIA CUNHA DE ANDRADE	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA APARECIDA MARQUES - ESPOSA(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988735537	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2298301	Nº Cns
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade BANANEIRAS	CBO/R

Endereço

CEP 58073192	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOMÉSTICA MAURINA DE OLIVEIRA SANTOS
Número 25	Complemento	Bairro CIDADE DOS COLIBRIS	

Admissão

Data e Hora 06/09/2018 15:40:56	Número da pulseira 1000006936609	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RU#	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
CID						
Atendido por ADRIANA DE OLIVEIRA PORTO						
Tempo 41seg						

Imprimir



CPF - Cadastro de Pessoa Física

CPF - Comprovante de Inscrição

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoa Física

CPF - 011.361.184-71

Nome
ANTONIO GUYNA DE MORAES

CPF - 011.361.184-71

Assinatura
20/07/1971

CPF - 011.361.184-71

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA ORGANIZAÇÃO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CARCERÁRIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

R-001

Não Atualizado

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

20 DEZ. 2013

PROTOCOLO

Ministério da Saúde - Secretaria de Saúde - Diretoria de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.290.301 - 2 VIA DATA 29/11/2010

NOME ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

PAI(A) ADAUTO ANULINO DE ANDRADE

MARCA MARIA CUNHA DE ANDRADE

LOCALIDADE SANTO CRAS - PB DATA NASCIMENTO 28/10/1977

NASC. N. 2274 FLS. 159 LIV. 3-3

CARTÓRIO MARIA JESUS

Assinatura: *[assinatura]*

Assinatura: *[assinatura]*

Assinatura: *[assinatura]*

SECRETARIA DE SAÚDE

20 DEZ. 2013

PROTOCOLO

CPF - Cadastro de Pessoa Física

CPF - Comprovante de Inscrição

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoa Física

CPF - 011.361.184-71

Nome
ANTONIO GUYNA DE MORAES

CPF - 011.361.184-71

Assinatura
20/07/1971

CPF - 011.361.184-71

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA ORGANIZAÇÃO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CARCERÁRIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

R-001

Não Atualizado

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

20 DEZ. 2013

PROTOCOLO

Ministério da Saúde - Secretaria de Saúde - Diretoria de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

Unidade de Saúde - Unidade de Saúde - Unidade de Saúde

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.290.301 - 2 VIA 29/11/2010

NOME ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

PAI(AO) ADAUTO ANULINO DE ANDRADE

MARCA MARIA CUNHA DE ANDRADE

CIDADE/UF SANTO CARLOS - PB

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1977

NASC. N. 2274 FLS. 159 LIV. 3-3

CARTÓRIO MARIA JESUS

[Assinatura]

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

20 DEZ. 2013

PROTOCOLO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

813.579 - 2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 12/11/2010

NOME

MARIA APARECIDA MARQUES DA SILVA

FILIAÇÃO

LUIZ FERREIRA DOS SANTOS
GERALDA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE

SOUSA-PB

DOC. ORIGEM

CASAM N. 1521 FLS. 113 LIV. B-06

CARTÓRIO SOUSA-PB

424.651.844-15

aparecida

DATA DE NASCIMENTO

27/04/1958

José Carlos - 174

SECRETARIA DO EXTERNO

LEI Nº 7.116 DE 28/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917



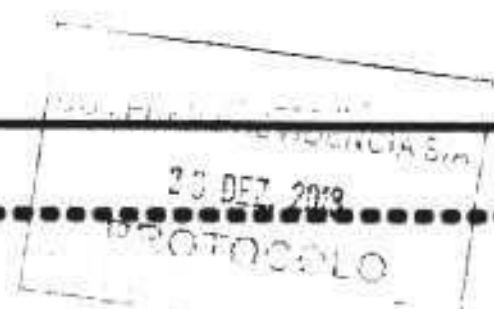
26 DEZ. 2013
PROTOCOLO



Maria Aparecida Augusto da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**Bradesco****| 237-2 |****2379415009****Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP****MARIA A M SILVA - 42465184415****RUA JOSE TARGINO DE CASTRO - 00480 - CS****CIDADE DOS COLIBRIS - JOAO PESSOA - PB - CEP 58073187****Sacador/Avalista****Nosso Número****513056861****Nr. do Documento****0051305686****Data de v****Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço****BANCO BRADESCARD S.A. -****CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N****Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP****Agência/Código do Beneficiário****4150 / 2245****Bradesco****| 237-2 |****2379415009****Local de Pagamento****TODA A REDE BANCARIA OU NAS LOJAS C&A****Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço****BANCO BRADESCARD S.A. -****CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus. S/N**

71224602

REFERENCIAL

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FLAVIA MARQUES DA SILVA

RUA PREFA MARIA PESSOA DA SILVA, 455 - APTO 303 -

CIDADE DOS COLIBRIS JOAO PESSOA PB 58073-185

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.079.035.0008.303	303	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V4N187537	15/11/2014	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
361 | 381 | 11 | 30 | 14/07/2018

ANÁL. CONS. / ANÁL. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
MAI/2018 | 11 | 0 | PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

			PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018		0	TURBIDEZ	268	287	284
MAR/2018	10	0	CLORO	268	287	284
FEV/2018	51	0	COL. TERMOT	0	0	0
JAN/2018	47	10	COR	73	113	112
DEZ/2017	11	3	COL. TOTAIS	268	287	287
MEDIA(M)	9					

DADOS REFERENTES A: ABR/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 15/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:25:29

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 4 UNIDADE(S)		
ATE 20 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	4,89
ESGOTO		

FATURAS

REF 2018

REF 2018

15 DE JUN 2018
PROTÓCOLO

OSB JAIR DOMES
 LA SANTA TEREZINHA SN - ALTO DO MATEUS
 EP-88090-005 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 6 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
 CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 14.016.823-0

18/9901: RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFASICA
 cliente: 09-0001-192-144 Referência: NOV/2018
 ledi@en 00008983788 Emissão: 14/11/2018

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 011.584.445
 Código para Débito Automático 00003204070

NOV/2018	10/11/2018	14/12/2018	88611419487
----------	------------	------------	-------------

Data	Letra	Data	Letra	1	82	30
17/10/18	482	18/11/18	574			

CD Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Total	Base Calc.	%	Base Calc.	PR 21	PR 22	PR 23
801 Consumo em kWh	81	0,00000	87,35	87,35	25	19,81	81,55	0,00	2,82
801 Atc. S. Veredas			3,72	3,72	25	8,58	3,72	0,00	0,11
801 Atc. S. Atuais			8,60	8,60	25	0,18	8,60	0,00	0,26
CARGAS FIXAS E DESCONTOS									
807 CONTR. SERV. LIMPEZA			0,92	0,92	5	0,00	0,92	0,00	0,00
808 PARCELAMENTO DE DÉBITO 418			16,88		5				
808 JUROS DE MORA 18/2018			0,13		5				
808 MULTA 18/2018			1,40		5				
808 COMP. IND. GARC. 18/2018			-0,17		5				
808 COMP. IND. GARC. 18/2018			-0,24		5				
808 COMP. IND. GARC. 18/2018			-0,18		5				
808 COMP. IND. GARC. 18/2018			-0,01		5				
808 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 18/2018			0,17		5				

CD Código de Classificação do Item	Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
80	23/11/2018	R\$ 94,84					

17	8	8	21	20	31	52	34	43	73	75	84
----	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

NOV/17 DEZ/17 JAN/18 FEV/18 MAR/18 ABR/18 MAI/18 JUN/18 JUL/18 AGO/18 SET/18 OUT/18

RESERVADO AO FISCO

1cc:5ba0:afba:9a47:0896:2cda:0040:41c3

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor(R\$)	%	
Base fixa	17,17	18,09	
Compra de Energia	25,33	26,82	
Serviço de Transmissão	2,87	3,04	
Encargos Setoriais	4,06	4,27	
Impostos Devidos e Encargos	25,88	27,34	
Outros Serviços	19,80	20,85	
Total	85,01	100,00	

Valor do EUSC Ref 09/2018: R\$ 22,04

Assunto: Imposto de Renda, Declaração de Imposto de Renda, Letra: 00000000

ENERGISA PARAIBA
 João: 09-0001-192-144
 ehc: 330407-3018-11-7

23/11/2018

R\$ 94,84

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/11/2018

23 DEZ 2018
 PROTOCOLO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

813.579 - 2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 12/11/2010

NOME

MARIA APARECIDA MARQUES DA SILVA

FILIAÇÃO

LUIZ FERREIRA DOS SANTOS
GERALDA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE

SOUSA-PB

DOC. ORIGEM

CASAM N.1521 FLS.113 LIV.B-06

CARTÓRIO SOUSA-PB

424.651.844-15

aparecida

DATA DE NASCIMENTO

27/04/1958

José Carlos - 174

SECRETARIA DO EXTERIOR

LEI Nº 7.116 DE 28/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917



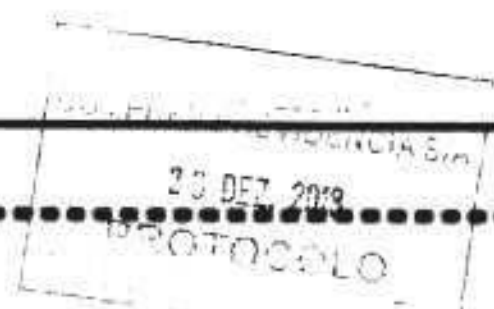
26 DEZ. 2013
PROTOCOLO



Maria Aparecida Augusto da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**Bradesco****| 237-2 |****2379415009****Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP****MARIA A M SILVA - 42465184415****RUA JOSE TARGINO DE CASTRO - 00480 - CS****CIDADE DOS COLIBRIS - JOAO PESSOA - PB - CEP 58073187****Sacador/Avalista****Nosso Número****513056861****Nr. do Documento****0051305686****Data de v****Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço****BANCO BRADESCARD S.A. -****CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N****Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP****Agência/Código do Beneficiário****4150 / 2245****Bradesco****| 237-2 |****2379415009****Local de Pagamento****TODA A REDE BANCARIA OU NAS LOJAS C&A****Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço****BANCO BRADESCARD S.A. -****CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus. S/N**

71224602

REFERENCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FLAVIA MARQUES DA SILVA

RUA PREFA MARIA PESSOA DA SILVA, 455 - APTO 303 -

CIDADE DOS COLIBRIS JOAO PESSOA PB 58073-185

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.079.035.0008.303	303	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VH4N187537	15/11/2014	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
361 | 381 | 11 | 30 | 14/07/2018

ANEX. CONS. / ANEX. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
MAI/2018 | 11 | 0 | PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

			PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018		0	TURBIDEZ	268	287	284
MAR/2018	10	0	CLORO	268	287	284
FEV/2018	51	0	COL. TERNOT	0	0	0
JAN/2018	47	10	COR	73	113	112
DEZ/2017	11	3	COL. TOTAIS	268	287	287
MEDIA(M)	9					

DADOS REFERENTES A: ABR/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 15/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:25:29

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 4 UNIDADE(S)		
ATE 20 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	4,89
ESGOTO		

FATURAS

REF 2018

REF 2018

15 DE JUN 2018
PROTÓCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082261

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Data do acidente: 08/09/2018

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO. PORÉM REFERE QUEIXAS DE TONTURA E CEFALEIA.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DO TCE, PORÉM REFERE QUEIXAS DE CEFALEIA CONSTANTE , TONTURA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082261 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO. PORÉM REFERE QUEIXAS DE TONTURA E CEFALEIA.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DO TCE, PORÉM REFERE QUEIXAS DE CEFALEIA CONSTANTE , TONTURA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082261 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082261 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: & SEQ 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 1

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035273/19

Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF: 041.365.764-71

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE : 041.365.764-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2019
Nome: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
CPF: 041.365.764-71

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463612/18

Vítima: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF: 041.365.764-71

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE : 041.365.764-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018
Nome: ANTONIO CUNHA DE ANDRADE
CPF: 041.365.764-71

ANTONIO CUNHA DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS