

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO AYRES ALVES**

Nº Sinistro: **3180014401**

Vitima: **ANTONIO AYRES ALVES**

Data do Acidente: **23/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180014401**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12204119



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO AYRES ALVES
Nº Sinistro: 3180014401
Vitima: ANTONIO AYRES ALVES
Data do Acidente: 23/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180014401**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12205532



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO AYRES ALVES**

Nº Sinistro: **3180014401**
Vitima: **ANTONIO AYRES ALVES**
Data do Acidente: **23/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180014401**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13066284





Autorização de pagamento

INDENIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais informações, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima
491.753.864-53

Nome completo da vítima
Antônio Ayres Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Ayres Alves		CPF (ajustar da conta) 491.753.864-53		Profissão Recluso
Endereço Rua Pe. Vicente Xavier		Número 105	Complemento Casa	
Bairro Centro	Cidade Trixun	Estado PA	CEP 58735-000	
Email Recluso		Telefone (DDD) 83 99958-2737		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA Nº 3356		DIV 8		CONTA Nº 8.096		DIV 9	
(Informe dígito se existir)		(Informe dígito se existir)		(Informe dígito se existir)		(Informe dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Trixun, PA 02 de Junho de 2018

Local e Data

Antônio Ayres Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

03 JUN 2018



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 003/2017 constatei a Ocorrência Policial nº 515/2017 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do **Bel.ADJUTO DIAS DE ARAÚJO NETO**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 09h50min compareceu **ANTONIO AYRES ALVES**, brasileiro, casado, natural de Teixeira/PB, nascido aos 08/01/1967, filho de Severino Fortunato Alves e de Maria Ayres Alves, residente na rua Padre Vicente Xavier nº 105 – Teixeira/PB. Para informar a seguinte ocorrência: **QUE** na data de 23/10/2017 por volta das 10:00 horas, o noticiante conduzia o veículo M. Benz L 1620, cor vermelha, ano de fabricação e modelo 2006, placa MYW4630/PB, chassi 9BM6953046B501353, licenciado em nome Do Sr. **ANTONIO AYRES ALVES**, carregado com água; **QUE** seguia viagem de Barreiros/PE com destino ao Sítio Santa Fé, zona rural de Cacimbas/PB, quando nas proximidades do Distrito de Albuquerque Nê/PE e TUPARETAMA/PE, perdeu o controle do veículo vindo a capotar; **QUE** sofreu fratura no punho direito; **QUE** foi socorrido pela ambulância de TUPARETAMA/PE e encaminhado ao Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico. 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).-

Teixeira-PB, 29 de novembro de 2017.

NOTICIANTE:

[Assinatura manuscrita]

PETRUCIA CIRILO DE CARVALHO
Agente de Investigação
Mat. 168.205-9



AVACOTI ROCHA

Autentico a presente certidão, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Es testifico da veracidade.
Teixeira-PB, 03 de novembro de 2017.
Mariana Maria Nunes Torres - Escrivão de Polícia Civil
(2017-05507) OAB/PB 2.211.887-1
Belo Horizonte (031) 444-9190
Linha de atendimento ao cidadão: 0800.015.1515



Declaração de Inexistência



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Antonio Ayres A. Silva CPF da Vítima: 493.753.864-53 Data do Acidente: 23/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Ayres A. Silva de 23 de 10 de 2017
Local e Data

Antonio Ayres A. Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Ayres A. Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

03 JAN 2018



ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPARETAMA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comprovação de ato declar



ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Declaro para os devidos fins de comprovação, que a Secretária Municipal de Saúde atendeu no dia 23.10.2017, por volta das 10h00min, o Sr. **ANTÔNIO AYRES ALVES**, após sofrer um acidente de trânsito ocorrido na rodovia PE 275, entre o distrito de Albuquerque Né – PE e Tuparetama –PE, onde o mesmo era o condutor do veículo. A vítima foi socorrida pela ambulância deste município e levada até o Hospital Regional de Patos.

Tuparetama – PE, 27 de dezembro de 2017.


Alex Gomes Amorim
Secretário de Saúde
Matrícula: 1717

ALEX GOMES AMORIM
- SECRETÁRIO DE SAÚDE -

03 JAN 2018

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Ayres AlvesRG nº 1415643, data de expedição 02/04/1985, órgão SSP/PBCPF nº 491.753.864-53, 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)	Rua Pe. Vicente Xavier
Número	105
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Centro
Cidade	Celso
Estado	Pernambuco
CEP	58735-000
Telefone de Contato	(83) 99958-2737
E-mail	Reusa

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Celso, 02 de janeiro de 2018Assinatura do Declarante: Antônio Ayres Alves

03 JAN 2018

IVONEIDE BARBOSA DA SILVA
RUA PE VICENTE XAVIER 105 - CENTRO
CEP 58735000 - TEIXEIRA / PB (AG: 133)

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica
Roteiro: 011-0133-070-0390
Nº do Medidor: 00000835376

0
Referência: NOV/17
Emissão: 22/11/2017



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 750, Km 25 - Cópia Rodovia - João Pessoa / PB - CEP 52071-600
CNPJ 08.296.112/0001-40 - Insc. Est. 16.913.622-0

Nota Fiscal para o Energia Eletrônica
Nº 001.048.803

0800 083 0835

Identificador para Débito Automático: 00003719720

5/371072-0

PERÍODO	VALOR	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR
1º MENSAL	7,28	4,10	NOMINAL	220
2º TRIMESTRAL	14,53		CONTRATADA	
	22,08		LIMITE INFERIOR	207
3º SEMESTRAL	3,48		LIMITE SUPERIOR	237
4º TRIMESTRAL	6,97			
5º ANUAL	14,0			
6º ANO	4,14			
7º MENSAL	12,22			

PERÍODO	VALOR	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR
1º MENSAL	7,28	4,10	NOMINAL	220
2º TRIMESTRAL	14,53		CONTRATADA	
	22,08		LIMITE INFERIOR	207
3º SEMESTRAL	3,48		LIMITE SUPERIOR	237
4º TRIMESTRAL	6,97			
5º ANUAL	14,0			
6º ANO	4,14			
7º MENSAL	12,22			

Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 29 de mar de 2002

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CANTO 137 - BIOMÉTRICO

A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE NÃO FAZEM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017 PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 MESES E CARTÃO ELEITORAL SE HOUVER. EM CASO DE DUVIDAS CONSULTAR O SITE WWW.TRE-PB.JUS.PR. O LEXAR PARA O FONE 3512.1330

PERÍODO	VALOR	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR
1º MENSAL	7,28	4,10	NOMINAL	220
2º TRIMESTRAL	14,53		CONTRATADA	
	22,08		LIMITE INFERIOR	207
3º SEMESTRAL	3,48		LIMITE SUPERIOR	237
4º TRIMESTRAL	6,97			
5º ANUAL	14,0			
6º ANO	4,14			
7º MENSAL	12,22			

NOV/17

CC: Descrição	Quantidade	Taxa de Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (%)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	FD (R\$) PIS/COFINS (%)	CCP (R\$) PIS/COFINS (%)
LANÇAMENTO DE...								
23/11/2017								
19/12/2017								
100-01	55,04							
100-01	53,59							

CC: Código de Classificação do Item Total

AVISO: Caso não tenham sido cadastrados em sistema de arrecadação poderá haver suspensão e multa de 08/12/2017. Caso não tenha sido cadastrado, o pagamento de multa não será efetivado e poderá ser cancelado de acordo com o sistema de arrecadação. Caso não tenha sido cadastrado, o pagamento de multa não será efetivado e poderá ser cancelado de acordo com o sistema de arrecadação. Caso não tenha sido cadastrado, o pagamento de multa não será efetivado e poderá ser cancelado de acordo com o sistema de arrecadação.

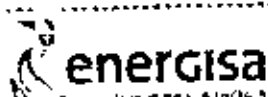
40

30/11/2017

R\$ 53,59

Reservado ao PSCD

dc0a.857e.499a.0a07.8a60.a5c2.d678.6762



IVONEIDE BARBOSA DA SILVA
Roteiro: 011-0133-070-0390

03 JAN 2018

FATURA A SER QUITADA ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMÁTICO
CONSIDERAR ESTA NOTA FISCAL QUITADA SOMENTE APÓS O EFETIVO DÉBITO NO BANCO 0237

03 JAN 1969



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradotalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Demétrio Augusto Moura Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354 / 30
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Ayrés Alves inscrito
(a) no CPF sob o nº 491.753.864 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima
Antônio Ayrés Alves inscrito (a) no CPF sob o nº 491.753.864 / 53 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA Renda: RECUSA e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSA

☒ Recuso informar

Dedaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Gerônimo</u>	Número <u>23</u>	Complemento <u>CA-DA</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ilhéus</u>	Estado <u>BA</u>
Email <u>Reusa</u>	Telefone comercial(DDD)	CEP <u>58735-000</u>
		Telefone celular(DDD) <u>83 94958-2737</u>

Ilhéus - BA 02 de Junho de 2018
Local e Data

Demétrio Augusto Moura Oliveira 03 JUN 2018
Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 102342
Ocorrência: URGÊNCIA

Data/Hora 23/10/2017 15:42:43

Servidor do Dr.:

Paciente: ANTONIO AYRES ALVES

Idade: 50 Sexo: M

Filiação:

Pai: SEVERINO FORTUNATO ALVES
Mãe: MARIA AYRES ALVES

Endereço:

Cidade: TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2518706
Endereço: PADRE VICENTE XAVIER
Bairro: CENTRO
Naturalidade: TEIXEIRA - PB
Fone: (83)99958-0855

N.: 105

Documentos:

CNS:
Identidade: 1115543 SSP PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Documentação médica - ho



Informações adicionais:

Nascimento: 8/11/1967
Cor: BRANCA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável:

RENATO FORTUNATO

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Doença em curso (D) após trauma

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Doença deformadora
extrema*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*RX
EF*

problema

Diagnóstico:

RX punho (D)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saneado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: LIGIA CLEA

03 JAN 2018



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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Dra. Dyaet Alves		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
Cirurgião	Dr. José Sussana		1º Auxiliar Dr. Marcelo Sampaio
Anestesiista	Dr. Augusto Pinho		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura do osso do tornozelo			
Tipo de Cirurgia Osteossintese do osso do tornozelo			
Diagnóstico Pós-Operatório O.M.S.			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidentes Durante a Cirurgia			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
1) Part. com. dos ossos do tornozelo
2) Osteossintese com placas e parafusos
3) Lavagem e drenagem - Lavagem com solução fisiológica
4) Ponto de sutura com fio 0/6
5) Lavagem com solução fisiológica e drenagem
João H. Sussana Lourenço Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 7417

03 JAN 2018



REQUISICÃO DE PARECER

NOME: Amos Apur Reis

DA CLÍNICA Cardi ENFERMARIA
A CLÍNICA Unidade 4 (BME) LEITO

MOTIVO DA CONSULTA: Paciente com
Transtorno de Ansiedade

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23.10.12 DATA ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE [Assinatura]

PARECER: Paciente portador de transtorno de
ansiedade com quadro de
crises de ansiedade e
medicação com
medicamento para
ansiedade: clonazepam
Alta BME

23/10/2012 DATA ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA [Assinatura]



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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Andréo Aguiar Sales</u>	
DA CLÍNICA <u>Amato</u> A CLÍNICA <u>TEAMA</u>	ENFERMARIA LEITO
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Trauma no braço	
<u>23.10.17</u> DATA	(Carimbo de Hospital) ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
Foi feito o Após trauma Co. de fratura de fêmur Co. de fratura de fêmur	
<u>23.10.17</u> DATA	(Carimbo de Hospital) ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE		GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE
NOME: Antonio Aguiar Alves		ID: 98		LETO: 08
CORPO: SUS		IDADE: 50		REGISTRO: 102352
CIRURGIÃO: Prosurpio Rêgo		ANESTESISTA: Augusto		DATA: 24/10/17
CIRURGIÃO: Prosurpio Rêgo		ANESTESISTA: Augusto		HORA: 12:30
CIRURGIÃO: Prosurpio Rêgo		ANESTESISTA: Augusto		PSI
CIRURGIÃO: Prosurpio Rêgo		ANESTESISTA: Augusto		PSI

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ Soro e sangue
1	TX. Capnógrafo	1	Scalp
1	TX. Bomba de Infusão	1	Luxes Est. p/ Procedimentos
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Cardíaco-Respirador	1	Sonda de Foley
1	TX. de Laser	1	Coletor de Urina
1	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
1	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
1	TX. Soro	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
1	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodo desc.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Malabona - Depojet	1	Atadura de Crepom 20cm
1	Thionembulol	1	Atadura Gessada 10cm
1	Quelcin	1	Sonda Uretral
1	Pavulon	1	Sonda Nasogástrica
1	Dorminid	1	Éter Sulfônico
1	Fentanyl 0,05mg	1	Dreno Penrose
1	Xilostain 0,5%	1	Dreno Sucção
1	Inoval	1	Dreno de Tórax
1	Xilocalina 0,2%	1	Esparadrapo
1	Etidimklate	1	Xilocalina Gel
1	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicoyasim 0,5%	1	PVPi Tintura
1	Dimort	1	Gases
1	Lenexat 0,5ml	1	Algodão Hidrófilo
1	Narvin	1	Algodão Ortopédico
1	Formon	1	Cidax
1	Sufenta	1	Vaselina Esteril
1	Diazepam	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formol
1	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Atropina	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Eforil	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Cetacodina 15g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Pisall	1	Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona	1	Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Esparin 5000 VI	1	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilad	1	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Amicacina 500mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável	1	Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocote 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 c/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 c/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
1	Polycot 3-0 c/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
1	Prolene 0 c/ agulha	1	

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: ANTONIO AYRES Nascimento 08/01/1967 Idade: 50 Sexo: M
Médico: DIEGO S. SANTIAGO Cod. Pac.: 16992 Protocolo: 38258
Laboratório: INTERNO 24/10/2017 11:47:25
Enfermaria: SÃO JOSÉ Leito: 4

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Método: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm ³	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Eritrócito:	5.580 000 /mm ³		
Hemoglobina:	15,2 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito:	46,5 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	85,0 u3	80 - 96 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	28,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	33,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	15,1 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %
Observação Série Vermelha:			

SÉRIE BRANCA

			Valores de 13 anos 4.000 a 10.000/mm ³
Leucócitos Totais	9.000		
Mielócitos	0	0	0 - 0
Monócitos	0	0	0 a 1 - 0 a 100
Bastonetes	3	270	0 a 5 - 0 a 500
Segmentados	69	6210	40 a 70 - 1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	90	0 a 5 - 0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1 - 0 a 100
Linfócitos			
Típicos	22	1980	20 a 35 - 800 a 3.500
Atípicos	0	0	-
Plonócitos	5	450	2 a 10 - 80 a 1000
Observação Série Branca:			

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 200.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia:
Método: AUTOMATIZADO

[Assinatura]
Assinatura de Médico
CRESS 0251

03 JAN 2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente:	ANTONIO AYRES	Nascimento:	08/01/1967	Idade:	53	Sexo:	M
Médico:	DIEGO S. SANTIAGO	Cod. Pac.:	16992	Protocolo:	36263		
Laboratório:	INTERNO				24/10/2017		11:47:25
Enfermaria:	SAO JOSE	Leito:	4				

BIOQUIMICA I

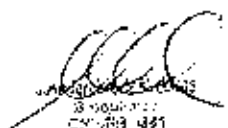
GLICOSE

73,0 mg/dL

Material: PLASMA

Referência: -

Método: ENZIMATICO AUTOMATIZADO


LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA

03 JAN 2018



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Carla Regina Aguiar portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S52.4, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60
(seis) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 24/11/12

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/01/2018 AUTO-ATENDIMENTO 15.25.17
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 8.096-9 VAR: 51
CLIENTE: ANTONIO AYPES ALVES
VALOR: 1,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

Documentos de identificação



03 JAN 2018

03 JAN 2018

Documentos de identificaca:



1280589760 1280589760 1280589760	1280589760 1280589760 1280589760	1280589760 1280589760 1280589760	1280589760 1280589760 1280589760
	1280589760 1280589760 1280589760	1280589760 1280589760 1280589760	1280589760 1280589760 1280589760

03 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748141555
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA 1 0080511501-0 04/00000040 2017

NOME
 ANTONIO ALVES ALVES

4917536453

PLACA
 MYW4630/PB

PLACANT. UF
 MYW4630 RN 99MG953046B501353

CAR/CAMINHÃO/TANQUE

COMBUSTÍVEL
 DIESEL

M.BENZ/L 1620

ANO FAB 2006

16.46T/231 /CV

CATEGORIA
 ALUGUELO

COR PREDOMINANTE
 VERMELHA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTAS

1
P
V
A

FINANCIADA

PARCELAMENTO - COTAS

2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

7,50

DETRAN (R\$)

0,00

PRÊMIO TOTAL (R\$)

7,50

DATA DE PAGAMENTO

31/10/2017

DESTINATÁRIO
 A.F. BV. FINANCEIRA S.A.

TEIXEIRA PB

DATA
 04/11/2017

36994

56838

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

PB Nº 013748141555 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 2017 DATA EMISSÃO 01/11/2017

VIA 1 4917536453 PLACA MYW4630/PB

RENDAVIA 00890115018 MARCA / MODELO M.BENZ/L 1620

ANO FAB 2006 CILINDROS 10 NR CHASSI 99MG953046B501353

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREM (R\$) 7,50 DETRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 7,50

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IDP (R\$) 0,00 ESTABELECIDOR (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTUBRO 31/10/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.888/0001-04

16839-1252590-20171101

OUT



03 JAN 2018

