

---

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SANDOVAL OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180190288**

Vitima: **SANDOVAL OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: **18/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180190288**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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](http://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**



---

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SANDOVAL OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180190288**

Vitima: **SANDOVAL OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: **18/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180190288**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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](http://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**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180190288**

**Vítima: SANDOVAL OLIVEIRA SILVA**

**Data do Acidente: 18/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SANDOVAL OLIVEIRA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA N° 000198/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000198/17 registrada em 21/08/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de agosto do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:06 horas, compareceu o Sr SANDOVAL OLIVEIRA SILVA, com 43 anos de idade, filho de NATANAEL ADONIAS DA SILVAQ e TERESINHA OLIVEIRA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão OPERADOR DE MÁQUINAS, portador da Cédula de Identidade N° 1 768 271 - 2<sup>a</sup> VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 02820008445, residindo à rua EULÁLIA ZECA, 281, bairro CENTRO, na cidade de MASSARANDUBA - PB, celular 9-8144.1086.

Declarou que:

Informa o declarante, que no final da tarde dia 18.06.2017, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Cachoeira de Pedra D'água, área rural de Massaranduba/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2006/2006, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08106R905367, de placa MNI-6294/PB, licenciada em seu nome (Sandoval Oliveira da Silva), quando em um declive perdeu o controle de direção e caiu no solo, após passar por um grande buraco existente na estrada, sofrendo ferimentos graves na região da face, além de escoriações generalizadas pelo corpo, ficando um pouco desorientado, sendo socorrido por populares e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

Campina Grande, Segunda-feira, 21 de Agosto de 2017

SANDOVAL OLIVEIRA SILVA

Declarante

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





## 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  
**Sandral Oliveira Sílvia** CPF da Vítima  
**028.200.084-45** Data do Acidente  
**18/10/2017**

### 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:

Assinalar 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 Lider 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.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

19/06/2017

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## ATENDIMENTO URGENCIA

PRONT (B.E) N°: 1453353

## CLASSE DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNP: 06.778.268/0003-52

Av. Mst. Flávio Piozotto, 470 - Alabênia, Campina Grande - PI, CEP: 58432-809

Data: 18/06/2017

Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: SANDOWAL OLIVEIRA SILVA

CEP: 58120-000

Nascimento: 15/03/1974

Endereço: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Telefones: 88888888

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Telefones: 88888888

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Estado: RN

Responsável:

Nome da M.R: TERESINHA OLIVEIRA SILVA

RG:

Nº: 281

Profissão: OP DE MÁQUINAS

CPF: 0250008445

CNPJ: 02826001374258046

Data de

Atest: 18/06/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:07:01

Medico:

CRM:

Especialidade:

Socorro: SAMU

Local: Rua da Boa Fé

Número: 1000

Bairro: CENTRO

Cidade: Mossoró

Customer Name: Mr. Michael J. Pfeifer  
Address: 10-407-THC-471  
Phone: 022003790  
Email: Michael@Pfeifer.com

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/264434-2

Fev / 2017

Apresentação

14/02/2017

Data prevista da  
próxima leitura

17/03/2017

CPF / CNPJ / RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
2010-06-01					
<b>Faturas em atraso</b>					
<b>Demonstrativo</b>					
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Aluguel de automóvel	0	0,00	0,00		
Gasolina	0	0,00	0,00		
IPVA	0	0,00	0,00		
COFINS	0	0,00	0,00		
TOTAL DE FATURAS EM ATRASO					
VALOR TOTAL DE FATURAS EM ATRASO					
ATUALIZAÇÃO MENSAL AUTOMÁTICA					

## Histórico de Consumo (kWh)

WHITE	42
CHOCOLATE	1
TOFFEE	1
CAKE	1
WHITE	45
WHITE	45

PROBLEMA	MESES	VALORE
PERDITA	3871	26.18
PERDITA	3873	1.88%
PERDITA	3875	0.00%
VENCIMENTO		1.88

21/02/2017

**TOTAL A PAGAR**

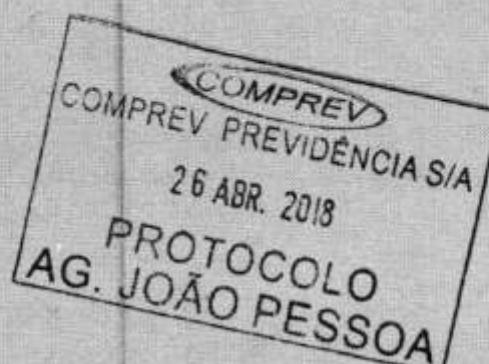
21/02/2017 RS 48.20

4475 6443 3000 7918 4525 9111 5423 8118

#### **Indicadores de Qualidade**

## ATENÇÃO

Reinhardt-Tannenbaum (1985) and L. G. Ladd (1977) have shown that the model of the firm can be extended to incorporate the effects of market structure.



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/264434-2

Fev / 2017

Feb / 2017

Apresentação

14/02/2017

Data prevista da  
próxima leitura

17/03/2017

CPF/CNPJ/RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
2020-06-05	Data Letra(s)	Data Letra(s)			
Res. Ext.					

**Faturas em atraso**

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço Unitário	Valor (R\$)
REFRESCO	1	26,00	26,00
CHEESE	1	9,41	9,41
PB	1	9,41	9,41
COFFEE	1	1,30	1,30
<b>SUMMARY OF SERVICES</b>			
CONFORTO ALIMENTAR	1	0,41	0,41
REFRESCO MISTURADO	1	0,12	0,12
MELHORIA	1	0,50	0,50
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (10%)	1	0,00	0,00

## Histórico de Consumo (kWh)

WITT	42
CRUISE	3
THOMAS	2
Owens	17
SIMPSON	46
ROBERTS	9

PERCENTILE	MEAN	SD
10TH	33.7	28.18
50TH	38.73	15.95
90TH	37.73	12.00

21/03/2017

**TOTAL A PAGAR**

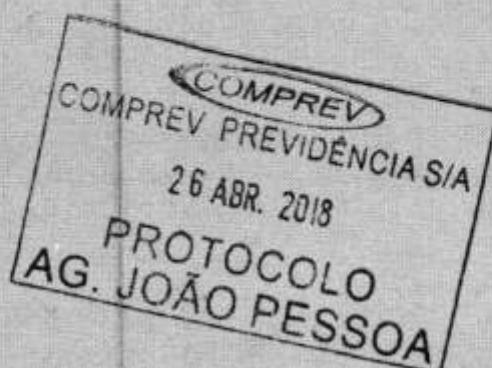
21/02/2017

卷首 / 5,448

Indicadores de Qualidade			Custo Unitário	
Unidades de ANEEL	Apurada	Límite do Tensão (V)	Despesas	Valor (R\$)
DL MÉDICO	534	0,93	1.000,00	520,00
DL TRAMSTEEL	10,67	1000,00	1.000,00	10,67
DE MÁS	21,75	1000,00	1.000,00	21,75
FE MÉDICO	3,70	0,93	1.000,00	3,70
FE TRAMSTEEL	6,00	1000,00	1.000,00	6,00
FE AGRÍCOLA	17,70	1000,00	1.000,00	17,70
DML	1,69	0,93	1.000,00	1,69
DCTC	13,23	1000,00	1.000,00	13,23
<b>Total</b>			<b>48,20</b>	<b>100,00</b>

ATENÇÃO

**Resumen:** Tanto en Argentina como en el resto del mundo, existe una gran brecha entre la teoría y la práctica en lo que respecta a la evaluación de la eficiencia en los sistemas de salud.







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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Sandowal Oliveira Silva		
End:	R Frei Luiz, 281	Bairro:	Centro /
Data de Nascimento:	05/09/44	Documento de Identificação:	Monanor-
Queixa:	Acidez	Data do Atend:	09/06/14
Acidente de trabalho?	( ) Sim	(✓) Não	Hora:
MOTO			

Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fáceis de dor	( ) Gemendo
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Mucosas:	( ) Normocorrada	( ) Pálida	

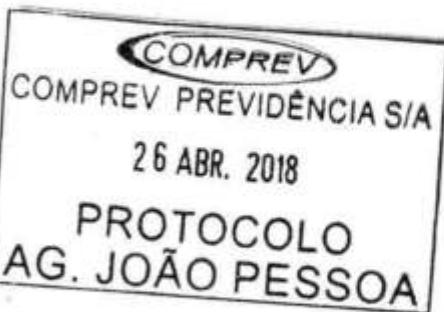
Estratificação

MOD. 110

- { Vermelho - atendimento imediato  
{ Verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
<u>Fernival Oliveira Sipka</u>		1753353	
Data da Operação	<u>22/06/17</u>	Enf.	Leito
Operador	<u>Josuel Carvalho</u>	<u>1º Auxiliar</u>	<u>Josuel Teixeira</u>
2º Auxiliar	<u></u>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	<u>Wandibog</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Eut. Fígado D</u>		<u>Geral</u>
Tipo de Operação	<u>ret. fígado + fixar</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório	<u>1 mesmo</u>		
Relatório Imediato da Patologia	<u>na biopsia</u>		
Exame Radiológico no Ato	<u>na biopsia</u>		
Acidente Durante a Operação	<u>na hora</u>		

## **DESCRICAO DA OPERACAO**

Via de Acesso - Técnicas Técnicas - Linhagens - Desenvolvimento - Sistemas - Material Esportivo

- Acessa softura;
  - Torno sub-irrigante;
  - Protege os plantas e espalha  
de festeira no solo;
  - Vira e fixar o sistema;
  - Sustento.

**Dr. Joseph R. Gavalcane**  
**CHIRURGO DE TRAUMATOLOGISTA**  
**SUCO MAGDELENA FACHADA - CÓD. - 063**

八四

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
26 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

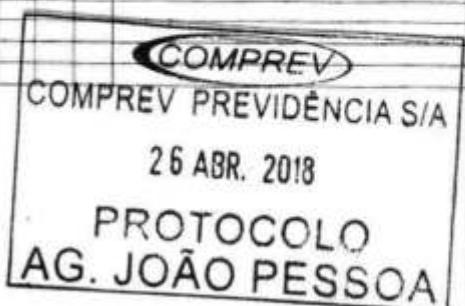
## **Diagnóstico**

Festive de l'Epiphanie

Paciente	Sedan / N.º de Série	Abandono	Leto	T-S	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
11/01/13	01 - ab. prontos 02 - 200mg cr tanto 03 - 200mg cr 12/12h. 04 - 200mg cr 1/12h. 05 - 200mg cr 1/12h. 06 - 200mg cr 1/12h.		16h	-	Brief 4: D.H. - Boa evolução. - S/ queixas. S/ edema na face nasal.
12/01/13	Flávio Vitor Orelha doente Visita total: 4x/dia.		16h	-	Preservamento da cicatrização ff 20/01/13.
13/01/13	Flávio Palito do Arroio CIRURGIA DE IMPLANTODONTE LSD - VITÓRIA DO SENHOR		16h		Flávio Palito do Arroio CIRURGIA DE IMPLANTODONTE LSD - VITÓRIA DO SENHOR
14/01/13	Flávio Palito do Arroio CIRURGIA DE IMPLANTODONTE LSD - VITÓRIA DO SENHOR		16h		

## Diagnóstico

Enter a C / A job: 0



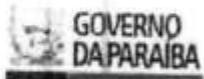


## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome: <i>Sandrinho</i>   Registro:   Leito: <i>2-5</i>   Setor Atual: <i>ICU</i>	
<b>2. AVALIAÇÃO-GERAL</b>	
Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm, SPO2: % HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm   Dor: ( ) Local:   Obs:	
<b>EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:</b>	
<b>3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS</b>	
<b>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</b>	
Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):	
Pupilas: ( ) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas	
Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:	
Linguagem: ( ), Quai? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfásia ( ) Disartria.	
Obs:	
<b>OXIGENAÇÃO</b>	
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T ( ) VMNI ( ) VMI TOT n° Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O ( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:	
Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) D ( ) E Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:	
Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva   Expectorado: ( ) Quantidade e aspecto:	
Aspiração: Quantidade e aspecto:   Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:	
Gasometria arterial: pH PCO <sub>2</sub> PO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> EB SpO <sub>2</sub> Data / / Hora:	
<b>PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS</b>	
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olifato ( ) Paladar Observação:	
<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.	

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**26 ABR. 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



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



**SUS**  
 Sistema  
 Único  
 de  
 Saúde

Brif  
 Sra: SANDRA OLIVEIRA SILVA  
 Dras: REM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES  
 Prontocada: 0000343972 RG: NÃO INFORMADO  
 Data: 19/06/2017 18:16 Origem: A.R. V. ALERTA  
 Idade: 42 anos. Endereço: RUA 01 - 1.09

**HEMOCRISTAL**

(DATA DA COLETA: 19/06/2017 18:16)

**Resultados**

Referência: Normais

**SÉRIE VERMELHA**

Leucócitos.....	4.45 milhões/mm <sup>3</sup>	4.20 a 10.00 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	14.8 g/dL	12.0 a 14.0 g/dL
Hematocrito.....	45 %	42.0 a 52.0 %
V.C.H.....	101 fL	82.0 a 102.0 fL
H.C.M.....	33 pg	27.0 a 33.0 pg
C.G.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	18.000 /mm <sup>3</sup>	3.000 a 10.000/mm <sup>3</sup>
(%)	(/mm <sup>3</sup> )	
Neutrofílico.....	0	0
Eosinófilo.....	0	0
Mielócito.....	0	0
Monocitico.....	5,0	940
Basófilo.....	65,0	12.220
Segmentado.....	1,0	188
Eosinofílico.....	0	0
Linfocito.....	26,0	4.888
Atípico.....	0	0
Monocitico.....	3,0	564
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	159.000/mm <sup>3</sup>	150.000 a 350.000/mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza da Menezes Britto  
 Diretor  
 0000 0000



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
 26 ABR. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente:	Sandral Oliveira Silva	Alojamento:
Data:	23/02/2018	Prescrição Médica:
26	3	Ortopedia e Traumatologia
17	3	Ortopedia e Traumatologia
22	3	Ortopedia e Traumatologia
		Dr. José R. Cavalcante ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILOFACIAL - CRO - PB
		23
		Alto brástis operado
		16
		17

Leito:	7-3	Convênio:
Prescrição Médica:	Paciente desfrutou de alta cirúrgica para clínica de fisioterapia e fisioterapeuta profissional em sua casa.	
Evolução Médica:	Sobrada fratura alta cervical por quebra de fixação.	
Dr. José R. Cavalcante ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILOFACIAL - CRO - PB		

**A. COSTA COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA.**  
 CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTUDAL 16.123.801-7  
 Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370  
 Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161

Paciente: Sandral Oliveira Silva  
 Hospital: Emergência e Trauma  
 Médico: Dr. José R. Cavalcante  
 Procedimento: Fratura de Zygoma

Data da Cirurgia: 22/02/2018  
 Prontuário: 1453353  
 Convênio: SUS  
 Código Proc.:

Controle Cirúrgico

Nº 00021

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
01	Placa	30	
04	Brocas N° 05	30	

Verificado por: Rute  
 Circulante: Silvana

Dr. José R. Cavalcante  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA  
BUCO MAXILOFACIAL - CRO - PB

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
 26 ABR. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

1.768.271 - 2 VIA  
SANDOVAL OLIVEIRA SILVA

14/06/2008

MATANAEL ADONIAS DA SILVA  
TERESINHA OLIVEIRA SILVA

MASSARANDUBA-PB  
NASC.N.0080 FLS.121V LIV.22  
CARTORIO MASSARANDUBA-PB  
028.200.084-45

15/08/1974

ABERTURA DO DIRETOR  
Nº 118 DE 29/03/2010



TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

SANDOVAL OLIVEIRA SILVA

DATAS DE NASCIMENTO N.º DE ELEITOR D.V. 016 0115  
15/08/1974 0195 2017 1244

LUGAR DE EMISSÃO DATA DE EMISSÃO  
MASSARANDUBA/PB 10/06/2013

*[Handwritten signature over the card]*

Presidente da República  
Ministério do Interior  
Presidente da República

FILIAÇÃO

P.A.I. MATANAEL ADONIAS DA SILVA  
M.A.F. TERESINHA OLIVEIRA SILVA

DATA NASC. NATURALIDADE  
15/07/74 MASSARANDUBA - PB

DISPENSADO DO SERVIÇO MILITAR ANUAL EM 1992  
PODE SER INCLUIDO NO EXCESSO DO CONTINGENTE

*[Signature]*

COMANDANTE DA GUARDA MUNICIPAL  
DIRETOR DE POLÍTICA ESTADUAL

MINISTÉRIO DO EXÉRCITO  
DIRETORIA DE SERVIÇO MILITAR  
CERTIFICADO DE DISPENSA  
DE INCORPORAÇÃO

233 CSM  
RA NAO POSSUI  
004499 - N

NOME SANDOVAL OLIVEIRA SILVA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE





MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número

97922 190-27



*Sanderval Oliveira Sábia*  
ASSINATURA DO PORTADOR

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

*Geraldo Oliveira Sábia*

Loc. Nasc.

*Mangabeira - PB*

Data 15.08.74

Filiação

*Natanage Agônias da Sábia*

Data n.

*Terezinha Oliveira Sábia*

OC 80, FL 522, LN 52 - NASE

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. n°

Cap. 210

Estado:

Obs.

Data Emissor 17.12.96

DRT PB

*Geraldo Alcântara Guimarães Filho*  
Número 0262216

ALTERAÇÕES DE PENDIDAS  
(Com referência ao nome, profissão e endereço)

