

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº: 11164641

A/C: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170321813 ASL-0219452/17
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
Data Acidente: 17/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2017

Carta nº: 11170118

A/C: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3170321813 ASL-0219452/17
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
Data Acidente: 17/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11359960

A/C: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170321813 ASL-0219452/17

Vitima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Data Acidente: 17/04/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11681640

A/C: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3170321813 ASL-0219452/17
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
Data Acidente: 17/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11763040

A/C: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3170321813 ASL-0219452/17
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
Data Acidente: 17/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000030617-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
PORTADOR(A) DO RG Nº 3029976 SSP/PB EXPEDIDO POR SSP/PB EM 13/06/2002
CPF 05525739400 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO CASEIRO
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

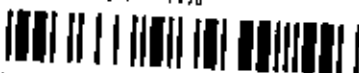
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

DOCUMENTO 1 "71%"



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2223 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0030637-6

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

CAMPINA GRANDE, 15 de SETEMBRO de 2016

LÓCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIDO

25 JAN 2017

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 072 7100.

GRUPO SEGURADOR

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

ASL-0035071/17

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

026-308079713-9

26/JAN/2016 HORA DE 15:25:38

LOT. 13:012814/7 TERM 848154

LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE

AG. VINCULADA: 2221 CONTROLE: 26308277

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POLIP CAIXA FACIL

NOME: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

AGENCIA: 2221

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 0030617-5

DATA DE ABERTURA: 26/01/2016

LOTerias CAIXA

026-308079713-9

VIA DO CLIENTE

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

ASL-0035071/17
ANA SOUZA.6233
07/08/2017 12:08:27

RECEBIDO
6233
25 JAN 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPERE



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolê - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA Nº 005382/15

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 Nº 005382/15 registrada em 09/11/2015, que passo a transcrever na íntegra. Aos nove dias do mês de novembro do ano de 2015, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente o Bel. KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:08 horas, compareceu o Sr FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, com 31 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão MOTORISTA, portador da Cédula de Identidade Nº 3029976, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05525777401, residindo à rua ARRUDA CÂMARA, 444, bairro SANTO ANTONIO, na cidade de Campina Grande - PB, fone 3321.4084.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta de 19h00min do dia 10.04.2015, estava trafegando pela Rua do Tambor, Bairro de Nova Brasília, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, ano/modelo 2009/2009, cor azul, chassi 9C2JC41209R026723, de placa NPV-1789/PB, licenciada em nome de Emília Leite Gomes, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu da moto derrapar da areia existente no asfalto, sofrendo ferimentos graves no ombro esquerdo, sendo socorrida por populares e encaminhado para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), onde recebeu atendimentos médicos e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, sendo internado no dia 18.04.2015 e submetido a cirurgia no dia 21.04.2015, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares da CPTran 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 pouca luminosidade, 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, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Segunda-feira, 9 de Novembro de 2015

Flávio Pereira dos Santos
FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

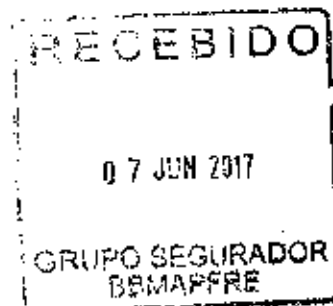
ADITAMENTO:

Por erro de digitação, onde se lê que o fato ocorreu no dia 10.04.2015; Leia-se que o fato ocorreu no dia 17.04.2015, conforme documentos em anexo. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande/PB, 20 de setembro de 2016

Adesão: *20/09/16*

20/09/16
09 26



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FLAUCIO PEREIRA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 3029976 SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 055.257.234-03, residente e domiciliado na RUA ARRUDA CAMARA, Nº 444, SANTO ANTONIO Cidade CAMPINA GRANDE, Estado PARAIBA, 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:

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

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

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 3 *T34*



Fláucio Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

15/03/2016 - CAMPINA GRANDE - PB

Local e data

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGURADOR
BMAPFRE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Cláudio Pereira dos Santos

IDADE: 30 anos SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 21/06/1989

PROFISSÃO: Motorista DOC: 3029976

CNS: 893 0004 2660 7432 TELEFONE: 083-3321-4064

NOME DA MÃE: Maria de Fátima Pereira dos Santos

ENDEREÇO: R. da Gamara 444

MUNICÍPIO: C. Grande BAIRRO: Gr. Antenor

DATA DO ATENDIMENTO: 18/04/2015 as 07 36 hs ESTADO: PB

2. ACOANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2.1 QUEIXA ATUAL: trauma em MSE Horário do acolhimento: 07:36 hs

DOCUMENTO 2 *T2*



2.2 DADOS VITAIS:

PA:	T:	FC:	FR:	Sat. O ₂ (%):	HGF:	PESO:
		<u>118</u>				

2.3 ASPECTO:

CONSCIENTE ☒	CONFUSO ☐	FÁCISS DE DOR ☐	AR AMBIENTE ☐
INCONSCIENTE ☐	CALMO ☒	GEMENTE ☐	OUTRO: ☐

2.4 CHEGOU NA UNIDADE:

ANDANDO ☒	CADEIRA DE RODAS ☐	MACA ☐	OUTRO: ☐
---	---	-------------------------------	---------------------------------

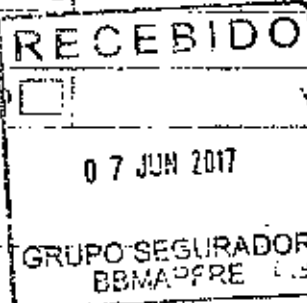
2.5 TIPO DE ATENDIMENTO:

CLÍNICO ☐	PEDIÁTRICO ☐	ORTOPÉDICO ☒	BUCO-MAXILO-FACIAL ☐
----------------------------------	-------------------------------------	--	---

2.6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO ☐	AMARELO ☐	VERDE ☒	AZUL ☐
-----------------------------------	----------------------------------	---	-------------------------------

JUSTIFICATIVA PARA AZUL:



J. Wesley Gomes da Silva
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Romelia Brito da Silva
ENFERMEIRA
343 223
ASSINATURA DO ENFERMEIRO
RESPONSÁVEL PELO ACOINHAMENTO

Horário de atendimento médico: _____ h

Horário de atendimento médico: _____ hs

3.2 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: *Existe ou não?*

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO
RESPONSÁVEL PELA MEDICAÇÃO

[illegible]

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000030617-6

Nr. da Autenticação 2D81BCE2A0C08910



ASL-0035071/17
 ANA.SOUZA.6238
 07/06/2017 12:00:25

ASL-0035071/17
 ANA.SOUZA.6238
 07/06/2017 12:00:25

Eu, FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS,

RG nº 3029976, data de expedição 1/1, Órgão SSP/PB,

CPF nº 055.257.774-020, venho perante a este instrumento

declarar que é verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito,

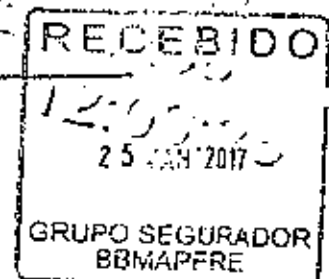
seguindo em anexo documento comprobatório em meu nome:

Logradouro	RUA ARRUDA CAMARA
Rua/Avenida/Praça	
Número	444
Apto / Complemento	
Bairro	SANTO ANTONIO
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58406-020
Telefone de Contato	(83) 3321-4084
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 15/09/2016

Assinatura da Declarante: Flavio Pereira dos Santos



MARIA CONCEIÇÃO LEITE GOMES SOUZA
RUA ARRUDA CAMARA, 444
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58064-700 (AO: 401)

Energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Energisa S/A - Rua Sotomaior, 116 - Centro - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.020.000/0001-05. Ins. Est. 18.003.130-1
Referência: Out/2015
Endereço: 09/10/2015

Mais Faltas/Contas da Energia Borborema 9000-026.228
Código para Dúvidas Atendimento: 8000001000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

RESERVADO AO FISCO

4370 cado ecob 5721 Ecob 5721 cado 1 Ecob

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 4/41828-3

Out/2015

Apresentação

09/10/2015

Data prevista da próxima leitura

10/11/2015

CNPJ/CPF RANI
75010250478

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 04/10/2015 PAGAS
DEBEM 40001

Histórico de Consumo
(kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Set/15	235
Ago/15	220
Jul/15	250
Jun/15	275
Mai/15	234
Abr/15	224
Mar/15	224
Fev/15	224
Jan/15	244
Dez/14	230
Nov/14	221
Out/14	210

Média dos últimos 12 meses
228 kWh

Indicadores de Qualidade 2015 - Campina Grande

Indicador	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE MEXIAL	5.30	0.00	VERBAAL
DE TRABESIAL	10.82	0.00	VERBAAL
DE ANEEL	21.25	0.00	VERBAAL
DE MEXIAL	5.40	0.00	VERBAAL
DE TRABESIAL	10.77	0.00	VERBAAL
DE ANEEL	10.45	0.00	VERBAAL
DE MEXIAL	5.03	0.00	VERBAAL
DE TRABESIAL	17.25	0.00	VERBAAL

ATENÇÃO

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
10/09/15	20770	001/01/15	20070	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	240	0.40103	97.89
Adc. B Vermelho			10.20

IMPOSTOS E ENCARGOS

IPIS	1.08
COPIS	4.89
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	17.50
ICMS (Dito de Cálculo R\$ 153,73) Alíquota 27.00%	42.23

VENCIMENTO

21/11/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 174,33

Descrição	Valor (R\$)	%
Brigada de Ode de Energia	33.20	19.14
Consumo de Energia	97.89	56.14
Consumo de Transmissão	7.45	4.28
Consumo de Distribuição	13.37	7.67
Impostos, Taxas e Encargos	85.85	49.22
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	174.33	100.00

Valor de consumo de Ode de Energia de Distribuição
(Obs. 9/2015) R\$ 45.00

ASL-0035071177
ANA.SOUZA.6238
07/08/2017 12:09:25

ASL-0035071177
ANA.SOUZA.6238
07/08/2017 12:09:25

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CAIXA: sorteios da segunda-feira a sábado, AP

334-367464497-7

09/10/2015 HORA DE 11:55:48

LOT. 13.18262-1 TERM 048977

LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE

PAG. VINCULADA: 0041

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ENERGISA BORBOREMA/PB

VALOR DO PAGAMENTO: 174,33

836500000010 743301470006

004102920159 100040100191

334-367464497-7

CAIXA DO CLIENTE

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

07/08/2017 12:09:25

RECEBIDO
0238
21/08/2017
GRUPO SEGURADOR
SOMAPFRE



ASL-0035071/17
 ANA.SOUZA.6238
 07/06/2017 12:00:25

ASL-0035071/17
 ANA.SOUZA.6238
 07/06/2017 12:00:25

Eu, FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS,

RG nº 3029976, data de expedição 1/1, Órgão SSP/PB,

CPF nº 055.257.774-020, venho perante a este instrumento

declarar que é verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito,

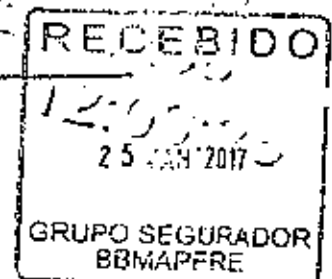
seguindo em anexo documento comprobatório em meu nome:

Logradouro	RUA ARRUDA CAMARA
Rua/Avenida/Praça	
Número	444
Apto / Complemento	
Bairro	SANTO ANTONIO
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58406-020
Telefone de Contato	(83) 3321-4084
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 15/09/2016

Assinatura da Declarante: Flavio Pereira dos Santos



MARIA CONCEIÇÃO LEITE GOMES SOUZA
RUA ARRUDA CAMARA, 444
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58064-700 (AO: 401)

Energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Energisa S/A - Rua Sotomaior, 116 - Centro - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.020.050/0001-05. Ins. Est. 18.003.130-1

Atas Fiscal/Contábil da Energia Borborema 9000-026.238
Cadastro para Olieho Atendimento: 8000001000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

RESERVADO AO FISCO

4370 cda ecda 5721 Ecda 5721 cda 7 Ecda

Conta referente a CDC (Código do Consumidor) 4/41828-3

Out / 2015

Apresentação

09/10/2015

Data prevista da próxima leitura

10/11/2015

CNPJ / CNPJ RANI
75010250478

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 04/10/2015 PAGAS
DEBEM 40001

Histórico de Consumo
(kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Set/15	235
Out/15	230
Nov/15	250
Dez/15	275
Jan/16	234
Fev/16	234
Mar/16	234
Abr/16	234
Mai/16	234
Jun/16	234
Jul/16	230
Ago/16	231
Set/16	219

Média dos últimos 12 meses
228 kWh

Indicadores de Qualidade 2015 - Campina Grande

Indicador	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DE MEXIAL	5.30	0.00	HEMIFAL	770
DE TRABE SRA	10.82	0.00	CONTRATADA	201
DE ANEEL	21.25	0.00	LAITE INFERIOR	231
DE MEXIAL	5.40	0.00	LAITE SUPERIOR	231
DE TRABE SRA	0.77	0.00		
DE ANEEL	10.45	0.00		
DE MEXIAL	3.03	0.00		
DE TRABE SRA	17.25	0.00		

ATENÇÃO

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
10/09/15	20770	001/01/15	28670	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	240	0.40103	97.89
Adc. B Vermelho			10.20

IMPOSTOS E ENCARGOS

IPIS	1.08
COFINS	4.89
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	17.50
ICMS (Dado de Cálculo R\$ 153,73) Alíquota 27,00%	42,73

VENCIMENTO

21/11/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 174,33

Descrição	Valor (R\$)	%
Brigada de Ode de Energia	33.20	19.14
Consumo de Energia	97.89	56.14
Consumo de Transmissão	7.45	4.26
Consumo de Distribuição	13.37	7.61
Impostos, Taxas e Encargos	85.85	49.17
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	174.33	100.00

Valor de consumo do cliente Sistema de Distribuição
(Obs. 9/2015) R\$ 45,03

ASL-0035071177
ANA.SOUZA.6238
07/08/2017 12:09:25

ASL-0035071177
ANA.SOUZA.6238
07/08/2017 12:09:25

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CAIXA: sorteios da segunda-feira a sábado, AP

334-367464497-7

09/10/2015 HORA DE 11:55:48

LOT. 13.18262-1 TERM 048977

LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE

PAG. VINCULADA: 0041

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

ENERGISA BORBOREMA/PB

VALOR DO PAGAMENTO: 174,33

836500000010 743301470006

004102920159 100040100191

334-367464497-7

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

07/08/2017

RECEBIDO
0238
21/08/2017
GRUPO SEGURADOR
SOMAPFRE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EMILIA LEITE GOMES

RG nº 879636 (PB), data de expedição 17/07/1979

Órgão SSP, portador do CPF nº 568.331.904-20, com

domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ARRUDA CAMARA, nº 6144

complemento SANTO ANTONIO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era O MESMO

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FANES

Ano: 2009

Placa: NPV-1789

Chassi: 9C20C43209R026723

Data do Acidente:

Local e Data:

DOCUMENTO 4 "14%"




Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2ª Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tribuna: Rua de Fátima, 100 - Centro
Fone: 3399.1000, 3399.1001 - 51.000-000

Reconhecido, por autenticidade, a(s) firma(s) de

EMILIA LEITE GOMES

Dos fê. Campina Grande/PB - 08/08/2016

Escrevente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS

Selo Digital: A0F35635-7711

Acesse o site <https://sefodigital.tjpb.jus.br>

Cartório de Notas



Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFFRE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EMILIA LEITE GOMES

RG nº 879636 (PB), data de expedição 17/07/1979

Órgão SSP, portador do CPF nº 568.331.904-20, com

domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ARRUDA CAMARA, nº 6144

complemento SANTO ANTONIO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era O MESMO

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FANES

Ano: 2009

Placa: NPV-1789

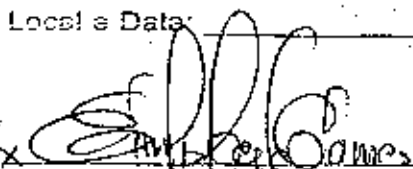
Chassi: 9C20C43209R026723

Data do Acidente:

Local e Data:

DOCUMENTO 4 "14%"




Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2ª Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tribuna: Rua de Fátima, 100 - Centro
Fone: (31) 3333-1111 - 1111 - 1111

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de

EMILIA LEITE GOMES

Dos fê. Campina Grande/PB - 08/08/2016

Escrevente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS

Selo Digital: A0F35635-7711

Acesse o site <https://sefodigital.tjpb.jus.br>

Cartório de Notas



Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFFRE

[illegible]

Arquiva eidos da Secura Silva
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

SECS Onomaria ASL: 0035074/14



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Alcino Pereira dos Santos

Encaminhado o paciente
para avaliação pelo enfermeiro
na sala de plantão.
Qualificação em

17.1) de nível profissional

18/04/15

Assinatura e carimbo do profissional

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGURADOR
BRASAPFRE

Assinatura e carimbo do profissional

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Estratificação

Nível de consciência: () Com () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Facies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dose de HGT:	Mucosas: () Normocrada () Palida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Classificação de Risco

Nome: Alcino Pereira dos Santos	Endereço: Camama, 454	Bairro: Santo Antônio
Data de Nascimento: 06.1986	Documento de Identificação:	
Questão: 10.000	Data do Agendamento: 18.04.15	Horário: 10h30

Ficha de Acolhimento

GOVERNO
DA PARAIBA

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

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOILHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

FLAVIO PEREIRA JARDIM

Alaqueamento

Leito

Correlação

ALÉRCIO A D. P. R. R. R.

PARAIBA DE PARAIBA
Piedade de Paraiba

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

10/11/11
11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11/11/11

RECEBIDO

25-MAR-2011

GRUPO SEGURADOR
BRUNAPFRE

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E

Went into Uganda.

Paciente	Zatany, Elexa	Almuerzo	10	Lecho	018	Convénio
----------	---------------	----------	----	-------	-----	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	11/11/16		Ref. exames ECG
	2. Doa de sangue		Exames de urina
	3. Doa de sangue		Exames de urina
	4. Doa de sangue		Exames de urina
	5. Doa de sangue		Exames de urina
	6. Doa de sangue		Exames de urina
	7. Doa de sangue		Exames de urina
	8. Doa de sangue		Exames de urina
	9. Doa de sangue		Exames de urina
	10. Doa de sangue		Exames de urina
	11. Doa de sangue		Exames de urina
	12. Doa de sangue		Exames de urina
	13. Doa de sangue		Exames de urina
	14. Doa de sangue		Exames de urina

RECEBIDO
25 JAN 2017
GRUPO SEGUADOR
SINGAPORE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alajamento	Leito	Convênio
Francisco P. Mendes	10	01	

Date	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
01/01/11	Dieta líquida			
01/01/11	SRL 1500ml EV/24h			
	Diazepam 02mg + AD EV 06/08h			
	Filafil 20mg + AD EV 12/12h			
	Omeprazol 40mg EV/jejum			
	Trombol 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/24h			
	Nauseodron 01 SA + AD EV 8/24h			
	Clexane 80mg SC/dia			
	SSV + CCGG			

RECEIVED

25 JAN 2017

GRUPO SEGUADOR
SOCIETÀ

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Elvário Pereira Santos			
Data da Operação	Enf.	Leito	
2/04/15			
Operador	1.º Auxiliar	Instrumentador	
Dr. Anderson	Dr. Jozze		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		
Jayla	Jefferson		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura de Ulna Proximal			
Tipo de Operação			
Osteossíntese Ulna Proximal			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Sim			
Acidente Durante a Operação			
Não			

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais	
1) PCT em porção de Cadeira de Praia	
2) Anestesia + Antiespasmódica	
3) Colocação dos campos operatórios	
4) Incisão anterior e placa do 1º peitoral	
5) Dissecção por planos	
6) Visualização de fôco de infecção + Redução anatómica	
7) Colocação de pontos em fio etibond no tuberosidade maior	
8) Exatidão com placa colocada de Venoza próxima a parafusos	RECE
9) Sutura com fio 0,01	
10) Sutura por planos	
11) Curativo	
	25 JAN
	GRUPO SEC BOMAS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GRUPO SEGUADOR
S.A.



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Flávio Roberto Santos	Idade:	30a
Convênio:	SUS	Data:	21/04/15
Procedimento:	Rto cirúrgico e fratura de fêmur de membro superior direito		
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Dr. Jairo
Anestesiista:	Dr. Luciano		
Início:	09:00	Término:	11:00
Anestesia:	Bloqueio + Geral		

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Molara	Condição
12:00	1	105	99%	Marcelo	(H)	Estável

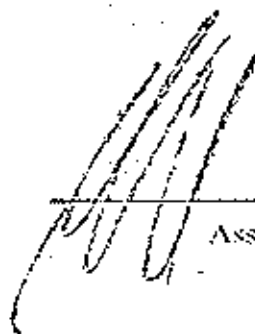
Medicamentos/Materiais	Quantidade
Simul 5mg em água	0,125
Gen 40mg em água	12,50

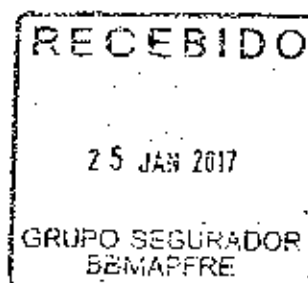
Observações:	RECEBIDO 25 JAN 2017 GRUPO GERADOR DE JAPRE
Assinatura Anestesiista	Circulante

Relatório de Operação

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	1	2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	2	2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2	2	2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	2	2
TOTAL DE PONTOS	9	10

 3808
Assinatura do anestesista





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Onda-PE
CEP: 53.020-230 | E-mail: imcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 0603

1ª Via Cliente
2ª Via Empresa

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TELEFAX/E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Tipo de procedimento

DATA

COD. PROCEDIMENTO

CLASSIFICACAO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Tratamento Cirúrgico alter de fratura de tíbia e fêmur no m. sup.

Alta Hospitalar - 11 dias hospitalar	59	01
Paracetamol 350	36	01
" " "	30	01
Paracetamol 350	45	01
" " "	40	01
" " "	38	01
" " "	30	01
" " "	38	01

DATA DA HABILITACAO

DATA DE COMUNICACAO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

31/06/15

OBSERVAÇÕES

OK. Seg. Hosp. Hospitalar

D: 16/04

V: 30/04/15

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

laia

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGUADOR
SOMAFRE

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Flávio Araújo	Alojamento	10	Leito	1	Convênio	EX-06
----------	---------------	------------	----	-------	---	----------	-------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/04/17	1) Dor abdominal superior - 1 unidade - 100mg 2) Soro fisiológico 200ml 3) Cefazolin 1g IV 8/8h 4) Paracetamol 1g IV 4/4h 5) Clonitazina 2mg IV 12/12h 6) Omeprazol 40mg IV 12/12h 7) Fomeclon 100mg IV 12/12h 8) Cloxacilina 600mg IV 8/8h 9) Curatela	8h 8h 8h 8h 8h 8h 8h 8h 8h	1) Dor abdominal superior - 1 unidade - 100mg 2) Soro fisiológico 200ml 3) Cefazolin 1g IV 8/8h 4) Paracetamol 1g IV 4/4h 5) Clonitazina 2mg IV 12/12h 6) Omeprazol 40mg IV 12/12h 7) Fomeclon 100mg IV 12/12h 8) Cloxacilina 600mg IV 8/8h 9) Curatela

GRUPO SEGURO
BRASILPRE

25 JAN 2017

RECEBID

Agda Fernandes

Diagnostic

Fratura e Luxação de úmero proximal

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-Op:

Paciente

Weymouth, Massachusetts

1

Alojamento

Leito

1

Convenio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/01	1. Dieta livre 2. SF 0.9% 1000 mL, EV, em 24 h 3. Dipirona 2 mL, EV, 6/5 h 4. Flati 20 mg, EV, 12/12 h S/N	12/01	30/01
23/01	5. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Flati). 6. Nauseidron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Transal. S/N ou se vômitos ou enjôcos 8/5h 7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia 8. SSVV + CCGS 9. Atorvastatina 20 mg, EV, 1 x dia 10. Ceftriaxona 1 g, EV, 1 x dia	12/01	30/01
24/01		12/01	30/01
25/01		12/01	30/01
26/01		12/01	30/01
27/01		12/01	30/01
28/01		12/01	30/01
29/01		12/01	30/01
30/01		12/01	30/01
31/01		12/01	30/01
01/02		12/01	30/01
02/02		12/01	30/01
03/02		12/01	30/01
04/02		12/01	30/01
05/02		12/01	30/01
06/02		12/01	30/01
07/02		12/01	30/01
08/02		12/01	30/01
09/02		12/01	30/01
10/02		12/01	30/01
11/02		12/01	30/01
12/02		12/01	30/01
13/02		12/01	30/01
14/02		12/01	30/01
15/02		12/01	30/01
16/02		12/01	30/01
17/02		12/01	30/01
18/02		12/01	30/01
19/02		12/01	30/01
20/02		12/01	30/01
21/02		12/01	30/01
22/02		12/01	30/01
23/02		12/01	30/01
24/02		12/01	30/01
25/02		12/01	30/01
26/02		12/01	30/01
27/02		12/01	30/01
28/02		12/01	30/01
29/02		12/01	30/01
30/02		12/01	30/01
31/02		12/01	30/01

RECEBIDO
25 JAN 2017
GRUPO SEGUADOR
ESMAFRE



	Sistema	Ministério	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
	União de	da Saúde		

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	2 - NOME DO DOENTE, SOBRENOME COMPLETO	3 - DATA DE NASCIMENTO	4 - SEXO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	PLAUSO PEREIRA SANTOS	12/01/1974	M

5 - NOME DO PACIENTE	6 - NÚMERO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	7 - NÚMERO DE NASCIMENTO	8 - SEXO
PLAUSO PEREIRA SANTOS		12/01/1974	M
9 - ENDEREÇO DO PACIENTE	10 - CIDADE DO PACIENTE	11 - ESTADO DO PACIENTE	12 - CEP DO PACIENTE

13 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMI)
12011

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
14 - PROCEDIMENTO DE PROCEDIMENTO DE PROCEDIMENTO	15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DE PROCEDIMENTO	16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DE PROCEDIMENTO	17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DE PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
18 - NOME DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	20 - NOME DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
LAUDATÓRIA DE CADERE (SA)			
22 - NOME DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	24 - NOME DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Plano cirúrgico	
ASL	

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
11/17	
40 - DOCUMENTO	41 - DOCUMENTO
05 05 34 59 67 41 87	

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	



RECEBIDO

25 JAN 2017
GRUPO SEGUADOR
SBMAPFRE

GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Unico
de
Saúde

Nome: PLAVIO PEREIRA SANTOS
Idade: 71
Sexo: M
Profissão: IDENTIFICACAO MEDICA
Endereço: HOSPITAL DE TRAUMAS DE LUIZ G. FERNANDES

Prefeitura: 099020262
Data: 18-08-2017 12:01
Idade: 71 anos

RG: 001.5238
CPF: 001.5238
Assinatura: MARIA ANABELA

TEMPO DE COAGULACAO 7:30 min

TEMPO DE SANGRAMENTO 1:30 min

07/08/2017 12:01:00

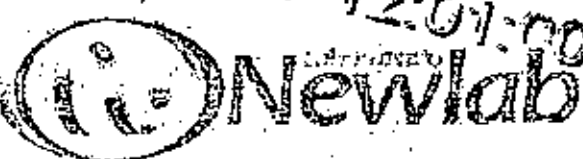
ASL-0035071/17
ANEI.SOUZA.6238
07/08/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ANEI.SOUZA.6238
07/08/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ANEI.SOUZA.6238
07/08/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ANEI.SOUZA.6238
07/08/2017 12:01:00

RECEBIDO
25 JAN 2017
GRUPO SEGUADOR
SBMAPFRE



PNCQ

GOVERNO
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
DR. GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS

ASL



SUS
Sistema
Unico
de
Saude

Paciente: FLAVIO FERREIRA SANTOS
Data: 17/01/2017
Exame: 17/01/2017
Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES

Protocolo: 0100204962
Data: 15-01-2017 13:39
Idade: 30 anos

Dr. GONZAGA FERNANDES
ANEXO ORLA
ANEXO ORLA
ANEXO ORLA

GLICOSE (JEJUM) 90 mg/dl

UREIA 49 mg/dl

CREATININA 1,4 mg/dl

ASL-0035071/17
ANEXO ORLA. 8238
07/08/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ANEXO ORLA. 8238
07/08/2017 12:01:00

RECEBIDO
8238
25 JAN 2017
GRUPO SEGURADOR
BRASAPRA



PNCQ

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

GOVERNO
DA PARAIBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>ROSE PEREIRA</u>			
IDADE: <u>20</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>10.09.2000</u>	
SETOR: <u>UTI</u>		LEITO: <u>01</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex. Rins</u>			
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <u>SIM</u> ☒ NAC: ☐ QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA: <u>SIM</u> ☐ NÃO: ☒ QUAIS:			
PRESENÇA DE ÚLSERA: <u>SIM</u> ☐ NÃO: ☒ QUAIS:			
ALERGIAS: <u>SIM</u> ☐ NÃO: ☒ QUAIS:			
ESSÊN. ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TACIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURSE)	NORMAL ☐	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☒	DEAMBULA COM APOIO ☐	ACAMADO ☐
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <u>110/70</u>	T: <u>36,5</u>	FR: <u>18</u>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
RISCO DE Queda		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE ASPIRAÇÃO		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE INFECÇÃO		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE SANGRAMENTO		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE CAPNÓCIO DE MANUDO		CDER: <u>1</u>	
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		CDER: <u>1</u>	
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CDER: <u>1</u>	
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CDER: <u>1</u>	
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CDER: <u>1</u>	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CDER: <u>1</u>	
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CDER: <u>1</u>	
RISCO DE TRAUMA VASCULAR		CDER: <u>1</u>	
		CDER: <u>1</u>	
		CDER: <u>1</u>	
		CDER: <u>1</u>	

Risco Sobre Perdas

ENFERMEIRO

COREN: 93.352.832

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

CD - CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR - FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	<u>10/10/2017</u>	
☐ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA		
☐ REALIZAR TROCA DE DRAPEADO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA E PODER STERILIZADO		
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICOS EM VÍSCERAS E EM LOCOMO DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETÉRES		
☐ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
☐ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGURADOR



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Flavio Pereira

IDADE: 71 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 10/11/2005

SETOR: Neuro UNID: 0232

DIAGNOSTICO MEDICO: 1

ALERGIAS: SIM ☐ NAO ☒ QUAIS: _____

MEDICACAO CONTINUA: SIM ☐ NAO ☒ QUAIS: _____

DOENCA CRONICA: SIM ☐ NAO ☒ QUAIS: _____

PRESENCA DE ESCARA: SIM ☐ NAO ☒ LOCAL: _____

PRESSAO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☐ HERTENSO ☐

SISTEMA NEUROLOGICO: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒

SISTEMA RESPIRATORIO: DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐

SIST. GENITOURINARIO: NORMAL ☒ POLQUIA ☒ CLITORIA ☐ VAG ☐

URINARIAS: DJEQUIA ☐ CISTOSTOMA ☐ ANQUIA ☐

AMBILIDADE: DEAMBULA ☒ DEAMBULA COM AUXILIO ☐ ACAMADO ☐ S' DEBILITE MOTOR ☐

TETRALEGIA ☒ PARESE ☐ RIGIDEZ NOPEIS ☒

SIST. GAS. ROINTENTINAL: VO ☒ SNG ☐ SNE ☐

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ GRESO ☐ CAQUETICO ☐

DADOS VITAIS: PA: 110/70 FR: 18 FC: 60 PESO: 60

[illegible]

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - VESTIGIAIS		APRAZAMENTO	ASSINATURA
PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM			
☒ MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
☐ REALIZAR CONTROLE DE Glicemia Capilar.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS DE INFECÇÃO (FIEBRE, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUITAS TOMADAS PELA			
EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.			

RECEBI

25 JAN 2017

GRUPO SEGURO

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVLIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
------	------	----	---	----	----	-----	---------	----------	----------------------

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

RECEB DO

25-JAN-2017

GRUPO SEGURADOR
BEMAPFRE

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESGOVERNO
DA PARAIBA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Flavio Alexandre
 IDADE: 30 SEXO: M FIA: 1 DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1986 AS 10h
 SETOR: Ula. Ortopédica LEITO: 101
 DIAGNÓSTICO MÉDICO:
 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Ex. Umexo proximal

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS: _____
 PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS: _____
 PRESENÇA DE ÚLSERA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS: _____
 ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS: _____
 PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐
 SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☒ EUPNEIA ☒ BRADIPNEIA ☐
 SIST. GENITOURINÁRIO: NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA ☐
 (DIURSE) DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐
 MOBILIDADE: DEAMBULA ☒ DEAMBULA COM APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOT ☐
 TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARALISIA ☐ RESTRITO NO PÊTO ☐
 SIST. GAS. RÓNTENAL: VO ☒ SNG ☐ SNE ☐
 (GETA)
 ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
 DADOS VITAIS: PA: 120/80 FC: 70 FR: 18 PC: 98 PESO: 70

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ RISCO DE QUEDA ☐ CD/R: _____
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO ☐ CD/R: _____
☒ RISCO DE INFECÇÃO ☐ CD/R: _____
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal ☐ CD/R: _____
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL ☐ CD/R: _____
☐ RISCO DE SANGRAMENTO ☐ CD/R: _____
☐ DESITO CARDÍACO DIMINUIDO ☐ CD/R: _____
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO ☐ CD/R: _____
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA ☐ CD/R: _____
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ ☐ CD/R: _____
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA ☐ CD/R: _____
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ CD/R: _____
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA ☐ CD/R: _____
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR ☐ CD/R: _____
☐ CD/R: _____
☐ CD/R: _____
☐ CD/R: _____

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

Kalimati Cruz Almeida
 ASSOCIADO GERAL
 ASSOCIADO GERAL
 ASSOCIADO GERAL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	12/12/17	
☐ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA		
☒ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SINAL DE	Diariamente	
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INJEÇÕES E EM LOCAIS DE INJEÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARÁTERES.		25 JAN 2017
☒ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
☒ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
☐ INSTALAR CATETERES DE ATRIA EM CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

RECEBIDO



AS1-01 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Flávio Pereira dos Santos		
IDADE:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	21/06/1984
SETOR:	URF - URGÊNCIA		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Fratura de tíbia		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:	Pós-operatório		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☒	NÃO ☐	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ÚLERA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSÃO ☐	NORMOTENSÃO ☒	HIPERTENSÃO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATORIO:	DISPNEIA ☒	TAQUIPNEIA ☐	EUPNEIA ☒
SIST. GENITOURINÁRIO:	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
DIURSE:	DISURIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☒	DEAMBULAÇÃO ☐	ACAMADO ☒
SIST. GAS. GASTROINTESTINAL:	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
DIETA:	ALM		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA: 120/80	FR: 12	FC: 70
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE Queda	CDFR: 1		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CDFR: 1		
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CDFR: 1		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CDFR: 1		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CDFR: 1		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CDFR: 1		
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO	CDFR: 1		
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESAÍME VENTILATÓRIO	CDFR: 1		
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CDFR: 1		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CDFR: 1		
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CDFR: 1		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CDFR: 1		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CDFR: 1		
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CDFR: 1		
☐	CDFR: 1		
☐	CDFR: 1		
☐	CDFR: 1		

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS		12/12/2014	
☐ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA			
☐ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM FOSSES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETERES			
☐ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE			
☐ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS			
☒ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE			
☒ REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO A CADA DOIS HORAS			
☐ INSTALAR CATETER DE DZ A 20 CM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			

RECEBIDO
25 JAN 2015
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO
DA PARAIBA

AS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Flávia Pereira dos Santos</u>			
IDADE: <u>30</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>29/11/06</u>	
SETOR: <u>Unidade de Terapia Intensiva</u>		LEITO: <u>30</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Crise asmática</u>			
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: <u>Asma crônica</u>			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: ☐ SIM ☒ NÃO			
PRESEÇA DE ESCARA: ☐ SIM ☒ NÃO			
PRESEÇA DE ÚLERA: ☐ SIM ☒ NÃO			
ALERGIAS: ☐ SIM ☒ NÃO			
PRESSÃO ARTERIAL: ☐ HIPOTENSO ☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO: ☐ CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE			
SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☐ DISPNEICO ☒ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO			
SIST. GENITOURINÁRIO: ☐ NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVU			
MOBILIDADE: ☐ DEAMBULA ☒ DEAMBULA COM POIO ☐ ACAMADO ☐ S. DEFICITE MOTOR			
SIST. GAST. ROENTENAL: ☐ VO ☒ SNG ☐ SNE			
ESTADO NUTRICIONAL: ☐ NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO			
DADOS VITAIS: PA: <u>110x70</u> FC: <u>90</u> FR: <u>22</u> PC: <u>64</u> PESO: <u>56</u>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA		CD/FR:	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	
☒ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal		CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
☒ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO		CD/FR:	
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		CD/FR:	
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☒ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	SINASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS		<u>12/11/2017</u>	
☐ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICÊMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA			
☒ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA, SE HOUVER SINAL DE		<u>CRU</u>	
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLORESTA EM INDICADORES E SINAIS DE INSERÇÃO DE DRENOS, SONDAS E CATETERES			
☒ AVALIAR ODR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		<u>Assinatura</u>	
☐ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS			
☒ PROPORCIONAR ALIMENTAÇÃO DO CORPO DO PACIENTE			
☒ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS			
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			

RECEBIDO

25 JAN 2017

GRUPO SEGURADOR
SBMAPFRE

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00



ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

ASL-0035071/17
ENE.SOUZA.6238
07/06/2017 12:01:00

RECEBIDO
6238
25/JUN 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **055.257.774-01**

Nome: **FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **27/06/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **05/08/2002**

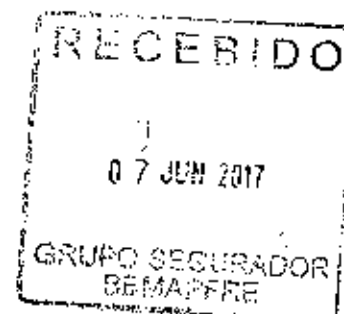
Digito Verificador: **00**

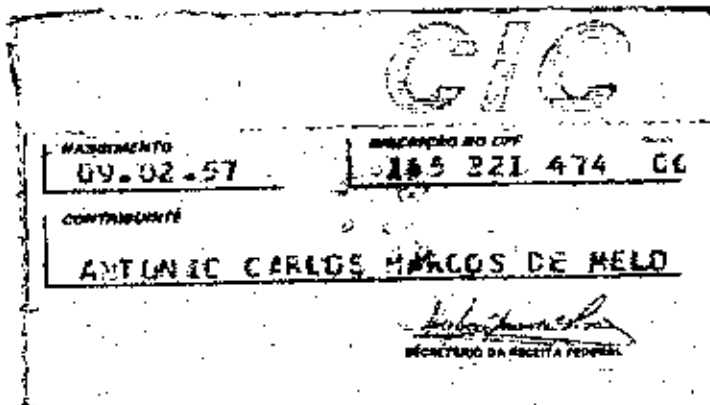
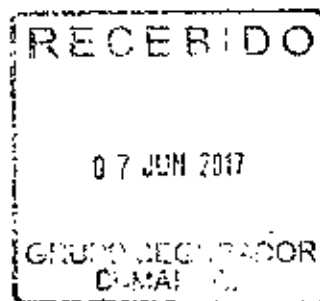
Comprovante emitido às: **12:07:27** do dia **07/06/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FE66.50CC.AC1F.BCC6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **055.257.774-01**

Nome: **FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **27/06/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **05/08/2002**

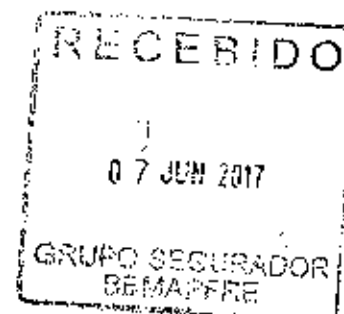
Digito Verificador: **00**

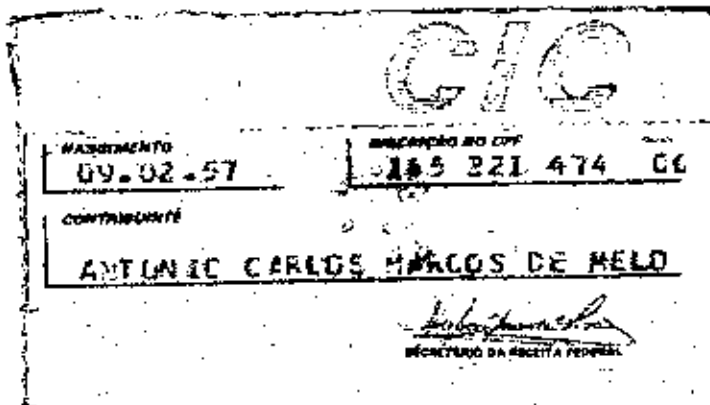
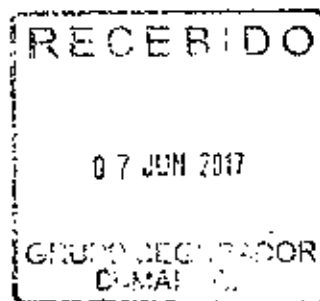
Comprovante emitido às: **12:07:27** do dia **07/06/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FE66.50CC.AC1F.BCC6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

D.I.P.11

Flavio Pereira dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



RECEBIDO

11 SET. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3029976 DATA DE EMISSÃO 13 JUN 2007

NOME FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO Maria de Fátima Pereira dos Santos

Campina Grande-PB 27.06.1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 35398, Fls. 307, Liv. A-33 2ª Cart. de C. Grande-PB

CPF 044.147.100-7

DIR. DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

055.257.174-00

Nome

FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento

27/06/1984

0126320

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTUDOS DA CRIANÇA / NACIONAL DE RECURSOS DA CRIANÇA	
NOME PLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	
DOC. IDENTIDADE / CPF / Número ID 3029976 0SP PR	
CPF 055.257.774-01	
Data Nascimento 27/06/1994	
Pai MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DOS SANTOS	
Matrícula 04051513743	
Data de Emissão 09/09/2019	
Data de Validade 08/03/2007	
Destinação	
Data de Emissão 10/09/2014	
Data de Validade 11040416003 08023583541	
Assinatura do Responsável Rafaela Carneiro	
Assinatura do Responsável	

RECEBIDO

1º SET. 2017

TIPO SEGURODOR
BBMAFPRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

D.I.P.11

Flavio Pereira dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



RECEBIDO

11 SET. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3029976 DATA DE EMISSÃO 13 JUN 2007

NOME FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO Maria de Fátima Pereira dos Santos

Campina Grande-PB 27.06.1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 35398, Fls. 307, Liv. A-33 2ª Cart. de C. Grande-PB

CPF 044.147.100-7

DIR. DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

055.257.174-00

Nome

FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento

27/06/1984

0126320

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTUDOS DA CRIANÇA / NACIONAL DE RECURSOS DA CRIANÇA	
NOME PLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	
DOC. IDENTIDADE / CPF / Número ID 3029976 0SP PR	
CPF 055.257.774-01	
Data Nascimento 27/06/1994	
Pai MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DOS SANTOS	
Matrícula 04051513743	
Data de Emissão 09/09/2019	
Data de Validade 08/03/2007	
Destinação	
Data de Emissão 10/09/2014	
Data de Validade 11040416003 08023583541	
Assinatura do Responsável Rafaela Carneiro	
Assinatura do Responsável	

RECEBIDO

1º SET. 2017

TIPO SEGURADOR
BBMAFRE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS** Sinistro: **3170321813** Data: **17/04/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Arruda Câmara, 444 - Santo Antônio - Campina Grande - PB - CEP 58406-020**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **3029976**

Data local do exame: [**26/09/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. CICATRIZ EM REGIÃO DELTOPEITORAL ESQUERDA, BEM CICATRIZADA. SEM ATROFIA DE DELTOIDE. ADM: FLEXÃO:0-140/ EXTENSÃO:0-40/ ADUÇÃO:0-60/ABDUÇÃO:0-140/ ROTAÇÃO INTERNA:0-45/ ROTAÇÃO EXTERNA:0-30.

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

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

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

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

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

ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/04/2015, SOCORRIDO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. INTERNADO E SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/04/2015. ALTA HOSPITALAR NO DIA 23/04/2015. ACOMPANHADO EM POS OPERATORIO. FEZ CERCA DE 2 MESES DE FISIOTERAPIA.

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

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

DIMINUIÇÃO DISCRETA DE ARCO DE MOVIMENTO, ESPECIALMENTE FLEXÃO E ABDUÇÃO, NÃO RESPONSIVA À FISIOTERAPIA.

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 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

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

() Total = "100% da IS"

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS** Sinistro: **3170321813** Data: **17/04/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Arruda Câmara, 444 - Santo Antônio - Campina Grande - PB - CEP 58406-020**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **3029976**

Data local do exame: [**26/09/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. CICATRIZ EM REGIÃO DELTOPEITORAL ESQUERDA, BEM CICATRIZADA. SEM ATROFIA DE DELTOÍDE. ADM: FLEXÃO:0-140/ EXTENSÃO:0-40/ ADUÇÃO:0-60/ABDUÇÃO:0-140/ ROTAÇÃO INTERNA:0-45/ ROTAÇÃO EXTERNA:0-30.

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

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

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

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

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

ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/04/2015, SOCORRIDO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. INTERNADO E SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/04/2015. ALTA HOSPITALAR NO DIA 23/04/2015. ACOMPANHADO EM POS OPERATORIO. FEZ CERCA DE 2 MESES DE FISIOTERAPIA.

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

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

DIMINUIÇÃO DISCRETA DE ARCO DE MOVIMENTO, ESPECIALMENTE FLEXÃO E ABDUÇÃO, NÃO RESPONSIVA À FISIOTERAPIA.

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 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

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

() Total = "100% da IS"

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





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PRODUTIVIDADE NUM CLICK DOCUMENTO 7 "T7"



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ALFREDO PINTO		Nome da Vítima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	CPF da Vítima 05525777401
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

A
0035.071/17

113912



0120413

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

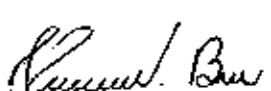
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

alfredo pinto @ hot



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS		Nome da Vílima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	CPF da Vílima 0552577401
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vílima ☐ CPF da Vílima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec. Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. ALFREDO PINTO // EMAIL: ALFREDO.PINTO@HOTMAIL.COM // ATO DECLARTÓRIO  MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Fone/Fax: (83) 3341-6070 15/03/17	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vílima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vílima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE OU DIRETOR DA SEGURADORA
LÍDER – ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT

Procedimento Administrativo - Sinistro nº 3170060817 ASL-0035071-17

Resposta a Carta Nº 10816901

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, vem através desta petição administrativa **INFORMAR** que **todos os documentos referentes ao ato declaratório (Certidão de Ocorrência Policial, Declarações, Prontuário Médico) e que são pertinentes a comprovação do acidente de trânsito sofrido pela pessoa acima mencionada, já foram todos enviados para Seguradora Líder.**

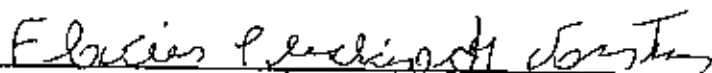
Deve ser observado que na Certidão de Ocorrência Policial de nº 0053852/15, a qual já foi enviada a via original para seguradora (segue em anexo uma cópia junto com esta petição), nos termos da declaração consta como data do acidente dia 10/04/2015, porém esta data foi um erro de digitação, o qual inclusive foi retificado pelo escrivão da polícia civil, o qual realizou um aditamento onde deve ser lido como data do acidente "dia 17.04.2015".

Para demais esclarecimentos, o autor, declara e informa que sofreu o acidente no dia 17 de Abril de 2015 durante o período noturno, sendo o mesmo resgatado por populares e pelo Sr. Antônio Carlos Marcos de Melo, no dia seguinte 18 de Abril de 2015 o autor foi levado para UPA (Unidade de Pronto Atendimento) sendo logo em seguida transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Fernandes Gonzaga na cidade de Campina Grande – PB, onde ficou internado e realizou procedimento cirúrgico.

Informa o autor que todos documentos e provas já foram devidamente enviados e encaminhados para seguradora, portanto o mesmo vem **REQUERER** que seja julgado o presente pedido de indenização do Seguro DPVAT no estado em que se encontra, conforme a documentação que se encontra em anexo no processo do Sinistro nº 3170060817 ASL-0035071-17, pois o autor não possui mais nenhuma prova ou documento para ser juntado ou enviado.

Campina Grande – PB, 18 de Maio de 2017.

3º CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE-PB



FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
RG nº. 3029976 SSP/PB



TABELA TITULAR **Cartório de Notas - Serviços Notarial**
Rua Cel. João Lourenço Porto, 170 - Centro - CEP 58400-248
Fones: (83) 3332.8602 - Campina Grande - PB
3cartoriodenotas@gmail.com

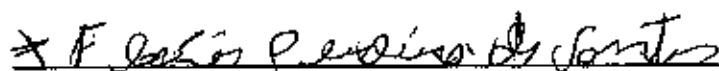
RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Franco A. Pereira dos Santos
como Autêntica ☐ Semelhante ☒
Dou fé, Campina Grande, 18 MAIO 2017
Tabelião - WALTER LUCYANNA ALMEIDA DE MORAES

ILMO. SR. PRESIDENTE OU DIRETOR DA SEGURADORA LÍDER –
ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT

Procedimento Administrativo - Sinistro nº 3170060817

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, vem através desta petição administrativa **INFORMAR** para quem for responsável pelo processamento do sinistro acima mencionado, **que a data do acidente que deve constar no procedimento administrativo (Sinistro nº 3170060817 ASL – 0035071/17) deve ser do dia 17/04/2015, conforme consta no aditamento realizado na Certidão de Ocorrência Policial (B.O.), o qual já se encontra em anexo no processo administrativo, visto que data inicial mencionada no B.O. (10/04/2015) encontra-se incorreta em virtude do erro material cometido por digitação do Escrivão de Polícia, por ser esta a verdade real dos fatos.**

Campina Grande – PB, 01 de Março de 2017.



FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

RG nº. 3029976 SSP/PB

0117450

DECLARAÇÃO

Eu, **FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, **DECLARO para os devidos fins legais necessários**, sob as penas do Art. 2º da Lei nº. 7.115/83, **QUE** no dia 17 de Abril de 2015, por volta das 19h00min, sofri um acidente de moto na Rua do Tambor, Bairro Nova Brasília, na cidade de Campina Grande – PB, onde foram prestados os primeiros socorros pela população local, após 30 minutos do acidente o Sr. **ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**, portador da cédula de Identidade nº. 2799426 SDS/PE e CPF nº. 165.321.474-00, realizou o meu resgate, levando minha pessoa dentro do seu carro para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para receber os devidos tratamentos médicos.

Por ser esta a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza os devidos efeitos legais.

Campina Grande – PB, 01 de Março de 2017.

 * Flávio Pereira dos Santos

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

RG nº. 3029976 SSP/PB



2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Endereço: Rua da Fátima, 103, Centro - Campina Grande - PB
1600 - 3321-4100 - 3324-8100

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Dou fé. Campina Grande/PB - 02/03/2017

Escrevente: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO**

Emol R\$ 8,87, ISS R\$ 0,44, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 2,21

Selo Digital: AET61067-F3EX

Acesse o site <https://selodigital.tpo.jus.br>

Cartório de Notas
Tabelionato de Notas

Viviane Cleidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

DECLARAÇÃO

Eu, **ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**, brasileiro, casado, Aposentado, portador da cédula de Identidade nº. 2799426 SDS/PE e CPF nº. 165.321.474-00, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, **DECLARO para os devidos fins legais necessários**, sob as penas do Art. 2º da Lei nº. 7.115/83, QUE no dia 17 de Abril de 2015, por volta das 19h30min, encontrei o Sr. **FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**, deitado e com lesões em virtude do acidente de moto que tinha sofrido na Rua do Tambor, Bairro Nova Brasília, na cidade de Campina Grande – PB, momento este em que eu realizei o resgate do acidentado levando para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para receber os devidos tratamentos médicos.

Por ser esta a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza os devidos efeitos legais.

Campina Grande – PB, 21 de Fevereiro de 2017.

2º CARTÓRIO

ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO

RG nº. 2799426 SDS/PE

1º Cartório de Notas do Estado da Paraíba - PB
Escritório: Rua da Paz, 125, Centro - Campina Grande - PB
CEP: 53011-000 - Fone: (31) 3321-4199 - 3321-4197

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO
Cód. fé. Campina Grande/PB - 22/02/2017
Escritor: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO**
Emol R\$ 8,87, ISS R\$ 0,44, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,14, FEEI R\$ 2,21
Selo Digital: AESS1765-KV52
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório de Notas
Tabelionato de Notas
Campina Grande - PB
Escritor: Viviane Cleidia de Sousa Caitano
Escritor Autorizada



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PRODUTIVIDADE NUM CLICK DOCUMENTO 7 *T7*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ALFREDO PINTO		Nome da Vítima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	CPF da Vítima 05525777401
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

A
0035.071/17

113912



0120413

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

alfredo pinto @ hot



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS		Nome da Vílima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	CPF da Vílima 0552577401
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vílima ☐ CPF da Vílima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec. Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doc. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. ALFREDO PINTO // EMAIL: ALFREDO.PINTO@HOTMAIL.COM // ATO DECLARTÓRIO MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Fone/Fax: (83) 3341-6070 15/03/17	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vílima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vílima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE OU DIRETOR DA SEGURADORA
LÍDER – ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT

Procedimento Administrativo - Sinistro nº 3170060817 ASL-0035071-17

Resposta a Carta Nº 10816901

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, vem através desta petição administrativa **INFORMAR** que todos os documentos referentes ao ato declaratório (Certidão de Ocorrência Policial, Declarações, Prontuário Médico) e que são pertinentes a comprovação do acidente de trânsito sofrido pela pessoa acima mencionada, já foram todos enviados para Seguradora Líder.

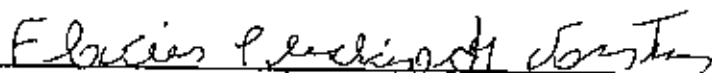
Deve ser observado que na Certidão de Ocorrência Policial de nº 0053852/15, a qual já foi enviada a via original para seguradora (segue em anexo uma cópia junto com esta petição), nos termos da declaração consta como data do acidente dia 10/04/2015, porém esta data foi um erro de digitação, o qual inclusive foi retificado pelo escrivão da polícia civil, o qual realizou um aditamento onde deve ser lido como data do acidente "dia 17.04.2015".

Para demais esclarecimentos, o autor, declara e informa que sofreu o acidente no dia 17 de Abril de 2015 durante o período noturno, sendo o mesmo resgatado por populares e pelo Sr. Antônio Carlos Marcos de Melo, no dia seguinte 18 de Abril de 2015 o autor foi levado para UPA (Unidade de Pronto Atendimento) sendo logo em seguida transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Fernandes Gonzaga na cidade de Campina Grande – PB, onde ficou internado e realizou procedimento cirúrgico.

Informa o autor que todos documentos e provas já foram devidamente enviados e encaminhados para seguradora, portanto o mesmo vem **REQUERER** que seja julgado o presente pedido de indenização do Seguro DPVAT no estado em que se encontra, conforme a documentação que se encontra em anexo no processo do Sinistro nº 3170060817 ASL-0035071-17, pois o autor não possui mais nenhuma prova ou documento para ser juntado ou enviado.

Campina Grande – PB, 18 de Maio de 2017.

3º CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE-PB



FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS
RG nº. 3029976 SSP/PB



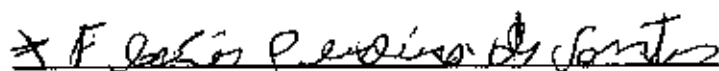
Tabela Tipográfica	
Cartório de Notas - Serviços Notarial	
Rua Cel. João Lourenço Porto, 170 - Centro - CEP 58400-248	
Fones: (81) 3332.8602 - Campina Grande - PB	
E-mail: 3cartoriodenotas@gmail.com	
Assessor - WALTER LUCYANNA ALMEIDA DE MORAES	
RECONHECIMENTO	
Reconheço a(s) firma(s) de	<u>Flávio A. Pereira dos Santos</u>
como Autêntica ☐ Semelhante ☒	<u>18 MAIO 2017</u>
Dou fé, Campina Grande,	<u>10</u>
Tabelião - WALTER LUCYANNA ALMEIDA DE MORAES	

ILMO. SR. PRESIDENTE OU DIRETOR DA SEGURADORA LÍDER –
ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT

Procedimento Administrativo - Sinistro nº 3170060817

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, vem através desta petição administrativa **INFORMAR** para quem for responsável pelo processamento do sinistro acima mencionado, **que a data do acidente que deve constar no procedimento administrativo (Sinistro nº 3170060817 ASL – 0035071/17) deve ser do dia 17/04/2015, conforme consta no aditamento realizado na Certidão de Ocorrência Policial (B.O.), o qual já se encontra em anexo no processo administrativo, visto que data inicial mencionada no B.O. (10/04/2015) encontra-se incorreta em virtude do erro material cometido por digitação do Escrivão de Polícia, por ser esta a verdade real dos fatos.**

Campina Grande – PB, 01 de Março de 2017.



FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

RG nº. 3029976 SSP/PB

0117450

DECLARAÇÃO

Eu, **FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, **DECLARO para os devidos fins legais necessários**, sob as penas do Art. 2º da Lei nº. 7.115/83, **QUE** no dia **17 de Abril de 2015**, por volta das **19h00min**, sofri um acidente de moto na **Rua do Tambor, Bairro Nova Brasília**, na cidade de **Campina Grande – PB**, onde foram prestados os primeiros socorros pela população local, após 30 minutos do acidente o **Sr. ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**, portador da cédula de Identidade nº. 2799426 SDS/PE e CPF nº. 165.321.474-00, realizou o meu resgate, levando minha pessoa dentro do seu carro para a **UPA (Unidade de Pronto Atendimento)** para receber os devidos tratamentos médicos.

Por ser esta a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza os devidos efeitos legais.

Campina Grande – PB, 01 de Março de 2017.

 * Flávio Pereira dos Santos

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

RG nº. 3029976 SSP/PB



2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Endereço: Rua da Fátima, 103, Centro - Campina Grande - PB
Fone: 3321-4100 - 3324-8100

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Dou fé. Campina Grande/PB - 02/03/2017

Escrevente: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO**

Emol R\$ 8,87, ISS R\$ 0,44, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 2,21

Selo Digital: AET61067-F3EX

Acesse o site <https://selodigital.tpo.jus.br>

Cartório de Notas

Viviane Cleidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

DECLARAÇÃO

Eu, **ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**, brasileiro, casado, Aposentado, portador da cédula de Identidade nº. 2799426 SDS/PE e CPF nº. 165.321.474-00, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, **DECLARO para os devidos fins legais necessários**, sob as penas do Art. 2º da Lei nº. 7.115/83, QUE no dia 17 de Abril de 2015, por volta das 19h30min, encontrei o Sr. **FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**, deitado e com lesões em virtude do acidente de moto que tinha sofrido na Rua do Tambor, Bairro Nova Brasília, na cidade de Campina Grande – PB, momento este em que eu realizei o resgate do acidentado levando para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para receber os devidos tratamentos médicos.

Por ser esta a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza os devidos efeitos legais.

Campina Grande – PB, 21 de Fevereiro de 2017.

2º CARTÓRIO

ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO

RG nº. 2799426 SDS/PE

1º Cartório de Notas do Estado da Paraíba - PB
Escritório: Rua da Paz, nº 125, Centro (Cidade) - PB
CEP: 53021-470 - Fone: (35) 3221-4700

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO
Cód. fé. Campina Grande/PB - 22/02/2017
Escritor: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO**
Emol R\$ 8,87, ISS R\$ 0,44, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,14, FEEI R\$ 2,21
Selo Digital: AESS1765-KV52
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório de Notas
Tabelionato de Notas
Campina Grande - PB
Escritor: Viviane Cleidia de Sousa Caitano
Escritor Autorizada

Outros



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS		Nome da Vitima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	CPF da Vitima 0552577401
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima ☒ CPF da Vitima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. ALFREDO PINTO // EMAIL: ALFREDOPINTO_@HOTMAIL.COM ANNA 0035071/17	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0126320

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



Outros



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS		Nome da Vítima FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS	CPF da Vítima 0552577401
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. ALFREDO PINTO // EMAIL: ALFREDOPINTO_@HOTMAIL.COM <i>ANNA</i> <i>0035071/17.</i>	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0126320

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170321813 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/04/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170321813 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/04/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170321813 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/04/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ EM REGIÃO DELTOPEITORAL ESQUERDA, BEM CICATRIZADA. SEM ATROFIA DE DELTOÍDE. ADM: FLEXÃO:0-140/ EXTENSÃO:0-40/ ADUÇÃO:0-60/ABDUÇÃO:0-140/ ROTAÇÃO INTERNA:0-45/ ROTAÇÃO EXTERNA:0-30.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/04/2015, SOCORRIDO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. INTERNADO E SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/04/2015. ALTA HOSPITALAR NO DIA 23/04/2015. ACOMPANHADO EM PÓS OPERATÓRIO. FEZ CERCA DE 2 MESES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

