

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maíra Bruno Sarmento inscrito (a) no CPF 030781814 / 06,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Augusto Trigueiro dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 132855912 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura Danos Múltiplos da Vítima
Augusto Trigueiro dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 132855912 / 03, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Rua Dinameneo Alves Correio</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Dinameneo</u>	Cidade <u>Companhia Grande</u>	Estado <u>RO</u>	CEP <u>68100-000</u>
Email <u>maíra.bruno.odu@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>		Telefone celular (DDD) <u>83999885048</u>

C. Grande, 13 de Julho de 2018.
Local e Data


Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

COMPREV PREVIDENCIA S/A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo_documento=29686

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Inocencio Bruno Sommer inscrito (a) no CPF 036781814 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Augusto Vinícius dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 132853927 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Augusto Vinícius dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 132853927 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Dinamismo Mus Casa</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Dinamismo</u>	Cidade <u>Compinha Grande</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58100-000</u>
Email <u>inocencio.wed@igmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333741289</u>		Telefone celular (DDD) <u>8399985548</u>

C. Grande de 13 de Julho de 2018
Local e Data

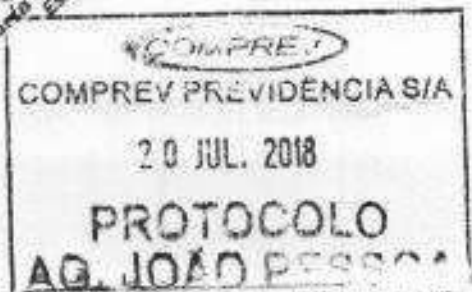
Inocencio Bruno Sommer
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alex Junior da Silva,
RG nº 3.449.804, data de expedição 13/05/2006,
Órgão PB, portador do CPF nº 094.301.234/6, com
domicílio na cidade de Queimadas, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antonio Juvinal de Silva, nº 91N,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Augusta Trigueiras da Santa cujo o condutor era
Augusta Trigueiras da Santa.
Veículo: MOTOCICLETA Honda 150 Titan
Modelo: 2010
Ano: 2010
Placa: WEX 2558 / PB
Chassi: 9C2KC1620 AAO48481
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Queimadas, 15 de junho de 2018

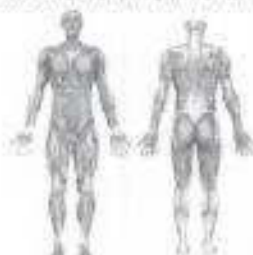
Alex Junior da Silva
Assinatura do Declarante

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



GOVERNO
DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente)



QUMADURA:
Superficie corporal lesionada = 0%
0.50 cm²/cm²

HFCG Page Administration

EXAME PRENATAL - CASOS CLÍNICOS

GOVERNO DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE - ESTADO

DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: Dr. Argemir

COR: F B P A

PESO: 70 ALTURA: 1,70 CLÍNICA: 1 ENF: 1 LEITO: 1

DADOS

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Re Exame AP (D) (Exe Pê)

URGÊNCIA: ☐ DATA: 28/10/77

ROTINA: ☐ HORA DA SOLICITAÇÃO: 10:00

Carimbo e Assinatura do Médico

2 Exame AP - Dr

3 Exame Pê - Dr

4 Exame Pê - Dr

2	+ 10.10.16		Carimbo e Assinatura do Médico	
3	Dipnóico	alta - EV		
4	Prétil	baixa - EV		
5				
6				
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:				

COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Augusto Trigueiro dos Santos		
End:	Av. Gonçalves Dias	Bairro:	M. Castelo
Data de Nascimento:	08.05.91	Documento de Identificação:	596
Queixa:	de	Data do Atend:	28.10.17
Assidente de trabalho?	() Sim	Hora:	13:34
	() Não	Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

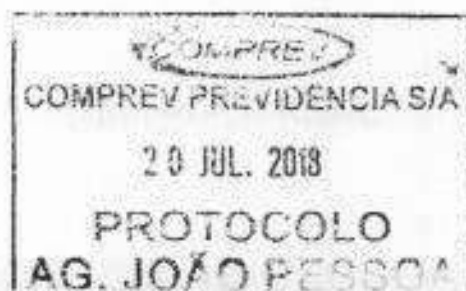
Estratificação

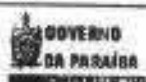
MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS

DATA DO EXAME: 28.10.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Subluxação acrômio-clavicular.

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Índice cardiotorácico aumentado.
- Subluxação acrômio-clavicular direita.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

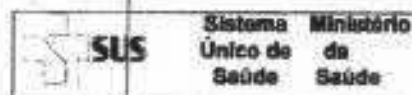
Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

8



Data da internação: 28/10/2017 Hora: 16:34:53



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1532479

7 - CARTÃO DO SUS

700107912616911

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/05/1991

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

FRANCICLEIDE TRIGUEIRO

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DE TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

GONCALVES DIAS, 596, MONTE CASTELO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÉDULA MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto com trauma no ombro (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame + Raios-X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão Acromioclavicular Direita

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

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

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/10/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BULHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
LAC (50)

Paciente	Prescrição Médica	Alcance	Leito	Convênio	Evolução Médica
30/11	1. Dieta 2. Solução 100ml EV/24h 3. Dextrosa 02ML/4h EV 02/08h 4. Trasl 20mg + AD 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/sem 6. Tramal 100mg - 170ml 5h 12h EV 12/12h 7. Paracetamol 333mg 4h EV 12/12h 8. Clonazepam 40mg 12/12h 9. SPMV + CCM	10	05		NEB 12h EV 12/12h cd. VPM Apresenta sinais

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO O PACIENTE AUGUSTO TRIGUEIRA DOS SANTOS, 26 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 2 HRS. REFERINDO DOR EM REGIÃO DE OMBRO E HEMITORAX DIREITO. ESTAVA EM USO DE CAPACETE. NEGA VÔMITOS E PERCA DE CONSCIÊNCIA.

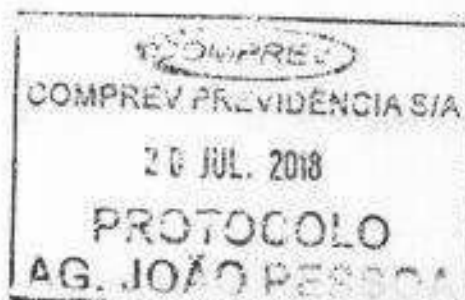
HD: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO?

A ORTOPEDIA, HOSPITAL DE TRAUMA

Dr. *Fernanda Lucena da Rocha*
MÉDICA
CRM-PB 9916

ATENCIOSAMENTE,

CAMPINA GRANDE, 28 DE OUTUBRO DE 2017





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 02/11/2017
HORA: 06:37:53



2262520

Prioritário 210778	Nome do Paciente AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS	Nascimento 08/05/1991	Idade 26	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião
Estado Civil Solteiro	CPF 132.853.927-03	RG 3797681	Grau de Instrução	Profissão			
Filiação Mãe: FRANCILEIDE TRIGUEIRO DOS SANTOS	Pat. SEM PAI						
Endereço R. GONÇALVES DIAS, 596 - N. BRASÍLIA, CAMPINA GRANDE, PB. CEP. 58103-430							
Atendimento 2262520	Data 02/11/2017	Hora 08:32	Sector 3006-SECRETARIA CONVENIOS				
Médico Atendente 2105-RHILTON MARINHO DA COSTA							
Piso / Convênio 37-PACOTE/PACOTE							
Validade	Nº Carteira	Nº CNS					
Posto ALA MARIA DAS NEVES 1 ANDAR	Acomodação 201023 APARTAMENTO 086	Leito AP88-1					
Guia INTERNACAO	Procedimento 9999999 INTERNACAO						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS, aqui declarado, dá plena e exclusiva autorização ao seu médico assistente, _____ CRM _____, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, cirurgias, e outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínicas-crônicas do caso, bem como comprometer-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventual internação, e a observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico-abdo.

- 1)
- 2)
- 3)

Responsável: AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS
Endereço: R. GONÇALVES DIAS, 596 Bairro N. BRASÍLIA, CAMPINA GRANDE, PB
Telefone: 98704-1422



CAMPINA GRANDE, 02 de Novembro de 2017

POLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS
Responsável pelo Paciente

PRÓ-SANGUE

COLETA REALIZADA

REC. DE CONTROLE
Téc. Enfermagem
COBEN-012588
Téc. Radiologia - 019 01991-1

NOME: Augusto T. dos Santos

SEXO: M

LEITO: 88

MÉDICO: Dr. Raulton

IDADE: 26

DATA: 03/11/17

MANHÃ

Paciente no leito estável, realizado curativo, recebeu alta hospitalar às 10:30'

Dr. Raulton
B. R. R. R.

TARDE

NOITE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME: Augusto Targem

RA: UN

LEITO: 88.6

MÉDICO: Dr. Ralton

IDADE: 26

DATA: 02/11/17

MANHÃ

Paciente admitido, procedente da emergência, consciente e orientado, colado exames laboratoriais, miga alergic, data zero, aguarda procedimento cirúrgico.

[Handwritten signature]
Téc. de Enfermagem
COREN 846308

TARDE

Paciente avaliado em P.O.I realizado RX de controle, medicado com dieta libera da após efeito anestésico segue consciente orientado agitado normotenso segue aos cuidados da enfermagem

[Handwritten signature]
Téc. de Enfermagem
COREN 846308

NOITE

Pac. avaliado estável acordado orientado sensível e agitado segue aos cuidados da enfermagem.

[Handwritten signature]
Téc. de Enfermagem
COREN 108126 PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Augusto Targino dos Santos

ALA: NN

LEITO: 886

CONVÊNIO: Poorte

DIAGNÓSTICO:

DATA: 03/11/17

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

03/11/17
Ant. 600
S. 1000 1000
1000 1000
1000 1000
1000 1000
1000 1000

07/30

07/30

CURA 14/10

EVOLUÇÃO MÉDICA

Amor no 1: 15
P.O. 1000

1000

COMPRESA PREVIDÊNCIA STA

20 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO P. 1000

1000

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: *Marta Helena Sals*
Nº DO PRONTUÁRIO: *1111* Nº DO ATENDIMENTO: *1111*
DATA DA OPERAÇÃO: *2 / 11 / 17* ENFERMARIA: *11* LEITO: *11*
OPERADOR: *Wilton*
1º AUXILIAR: *Wilton* 2º AUXILIAR: *Wilton*
3º AUXILIAR: *Wilton* INSTRUMENTADOR: *Wilton*
ANESTESISTA: *Wilton* TIPO DE ANESTESIA: *Wilton*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Wilton*
TIPO DE OPERAÇÃO: *Wilton*
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Wilton*

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

COMPRES
COMPRES PREVIDENCIA S/A

20 JUL 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO FÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT.EMPREGADO-ASPECTU - VICERAS

Family for cups
 Ampere for
 Robert for
 no
 Hear for
 Bed for cups for H.A.C.
 Suits can be made for
 jackets to make
 for
 for

De

Procedim	1872
Procedim	
Quec	
Rapfen	
Revivon	
Sevoflur	
Sufenta	
Tilud	
Tecum (Atacador)	
Ultiva	
Valium	10 mg
Xylocaine	2.5%
Xylocaine Hipertônica	
Xylocaine Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	
S. Fisiológico	
S. Oxiado	
S. de Ringer	
C. Hemacia	
Plasma	
Oxigênio (L/MIN)	
N2O (L/MIN)	
Ar Medicinal (L/MIN)	
Co2 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Agulha Peridural 17 ou 18g	
Agulha Raqui Ponta de Lápis	
Agulha Stimuplex - 25g, 2100	
Cal Sodade p/ir	
Cateter Epidural 16e 18g	
Cateter Nasal tipo Oculor	
Cateter Venoso	
Eletrodo ECG	
Equipo de Soro	
Equipo Perfusor SET	
Filtro Higrobatico	
Guedel	
Manta Térmica	
Equipo bomba de infusão M	
Equipo bomba de infusão ES	
Miscera Laríngea	
Tubo Argo	
Sistema Respiratório Limbo	
Estetoscópio de Bie	

ECG	RS RS RS RS RS RS
SpO2	98 98 98 98 98
EtCO2	
DIURESE	

PA	110
PA	110
TEM	36.5
PVC	110
Início Anest.	
Início Cirur.	
Término Cirur.	

INDUÇÃO	INTUBAÇÃO	ANESTESIA REGIONAL	ANESTESIA GERAL
☐ Inhalatória	☐ Oral	☐ Peridural	☐ P. Biqu/Carvical
☐ Venosa	☐ Nasal	☐ Raqui/Carvical	☐ Supracavicular
☐ Sob Máscara	☐ C/ Balão	☐ Interschafínico	☐ Aulor
☐ Máscara Laríngea	☐ Aramado	☐ Venosa Regional	☐ Infiltração
	☐ Duplo Lúmen	☐ Sedação	
	☐ Traqueostomia		

DESCR. DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATORIA
1) AD 04-10-18
2) Divisão 03-10-18
3) De 04-10-18
4) De 04-10-18
5) De 04-10-18
6) De 04-10-18
7) De 04-10-18
8) De 04-10-18
9) De 04-10-18
10) De 04-10-18
11) De 04-10-18
12) De 04-10-18
13) De 04-10-18
14) De 04-10-18
15) De 04-10-18
16) De 04-10-18
17) De 04-10-18
18) De 04-10-18
19) De 04-10-18
20) De 04-10-18
21) De 04-10-18
22) De 04-10-18
23) De 04-10-18
24) De 04-10-18
25) De 04-10-18
26) De 04-10-18
27) De 04-10-18
28) De 04-10-18
29) De 04-10-18
30) De 04-10-18
31) De 04-10-18
32) De 04-10-18
33) De 04-10-18
34) De 04-10-18
35) De 04-10-18
36) De 04-10-18
37) De 04-10-18
38) De 04-10-18
39) De 04-10-18
40) De 04-10-18
41) De 04-10-18
42) De 04-10-18
43) De 04-10-18
44) De 04-10-18
45) De 04-10-18
46) De 04-10-18
47) De 04-10-18
48) De 04-10-18
49) De 04-10-18
50) De 04-10-18
51) De 04-10-18
52) De 04-10-18
53) De 04-10-18
54) De 04-10-18
55) De 04-10-18
56) De 04-10-18
57) De 04-10-18
58) De 04-10-18
59) De 04-10-18
60) De 04-10-18
61) De 04-10-18
62) De 04-10-18
63) De 04-10-18
64) De 04-10-18
65) De 04-10-18
66) De 04-10-18
67) De 04-10-18
68) De 04-10-18
69) De 04-10-18
70) De 04-10-18
71) De 04-10-18
72) De 04-10-18
73) De 04-10-18
74) De 04-10-18
75) De 04-10-18
76) De 04-10-18
77) De 04-10-18
78) De 04-10-18
79) De 04-10-18
80) De 04-10-18
81) De 04-10-18
82) De 04-10-18
83) De 04-10-18
84) De 04-10-18
85) De 04-10-18
86) De 04-10-18
87) De 04-10-18
88) De 04-10-18
89) De 04-10-18
90) De 04-10-18
91) De 04-10-18
92) De 04-10-18
93) De 04-10-18
94) De 04-10-18
95) De 04-10-18
96) De 04-10-18
97) De 04-10-18
98) De 04-10-18
99) De 04-10-18
100) De 04-10-18

ENCAMINHADO PARA:	☐ UTI	☒ SRPA	☐ Sonolento	☐ Inconsciente	☒ Acordado	☐ Dg NA SRPA	☐ SIM	☐ Limit
TOT:	☐ SIM	☐ NÃO	☐ APT	☐ ALTA HOSPITALAR	☐ Hora	☐ Hora	☐ Hora	☐ Hora

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 JUL. 2018

PROTOCOLLO

AG JO 2 25 00

PACIENTE: Augusto Trigueiro dos Santos
CONVÊNIO: Parto SUS ☐ PRONTUÁRIO: 210778-2262520
DATA: 02.10.17 CIRURGIA: Fratura de clavícula
CIRURGIÃO: Dr. Railton
AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dr.ª Vagner
CIRCULANTE: Diego N.º CARRO: Sala 09 HORÁRIO: INÍCIO: 15.30 FINAL: 16.30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	04
28819	RANITIDINA	
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02+01
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASDONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46050	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAK 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3502	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	01 ml
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128072	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

COD.	MATERIAL	QUANT.
9991	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% SV	01
2801	LIDOCAINA 2% CV	
1996	NEOCAINA PESADA	
COD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TORAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
40112	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
25828	ESCOVA DESCARTÁVEL	02
	COMPRESSAS 5x5	04
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FINO	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	01
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	06
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	03
3719	SERINGA DE 05cc	02
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	01
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N° 21	02
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA #3 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	6cm
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N° 10	02
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAM	
2500	GAZES 04x04cm	15P.
3549	LUIVA PROCEDIMENTO	04P.
3417	GEL CONDUTOR	5cm
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
CA30	MONONYLON N° 20	02
	CROMADO S/A N°	
CA40	CROMADO C/A N° 1	01
CA40	VICRYL N° 1	01
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	24ml
2631	ÉTER	24ml
3611	PVPI TÓPICO	
3003	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA Alcoolica 90ml	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	24ml
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	1pc
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	1pc
	OXÍMETRO DE PULSO	1pc
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
COD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	02
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	02
	HISOCIL	
	MANITOL	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Betbra	01
	Atalador de Soro	01
	Fio de Kirchmeyer N° 20	02
	Fio de Cefalugo	01
COMPREV PREVIDENCIA S/A 20 JUL. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA
FAMÍLIA NACIONAL DE DEFESA

NOME
AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS

RGD (CPF/CPF) - OUT. EMISSÃO DE
3757661 SSP TO

CM
132.853.927-03 DATA NASCIMENTO
08/05/1991

RENDA
FRANCICLEIDE TRIGUEIRO
DOS SANTOS

RENDAÇÃO
ACU
CATAL
PDI

Nº PROTOCO
05173496313

VALIDADE
30/03/2021

1ª EMISSÃO
30/03/2011

OBSERVAÇÕES

Assinatura

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
01/04/2016

48640160189
98032376090

1169458290

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AF144766-7036
 Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Marques do Maranhão, 33 - Centro Fone: 3341-6035
 CNPJ: 09.365.545/0001-76
 Brl. Pedro Oliveira de Lucena

Certidão e dou fe com presente cópia fotostática
 é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
 Campina Grande

28 06 17

Brl. Pedro Oliveira de Lucena
 Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12788720

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 1º da Lei nº 8.962/94)

ASSINATURA DO PORTADOR

João Bruno Sacramento

GAB

REGISTRAÇÃO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOÃO BRUNO SACRAMENTO

CLASSICO

FRANCISCO BRUNO E SILVA

MARIA ALEXANDRA SACRAMENTO

CLHO PÁQUA-28

2151933 - SSP/PB

24/10/1978

DATA DE NASCIMENTO

200.781.814-08

NO

20/06/2017

21472

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 20 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPX2558

2017

ALEX JUNIOR DA

Imprimir Consulta

NPX2558

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: ALEX JUNIOR DA

Placa: NPX2558

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN
MIXES

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2010

Ano Modelo: 2010

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 31/10/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: CAMPINA GRANDE

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 13/07/2018

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN
MIXES

2010 2010

PARTICULAR VERMELHA

31/10/2018

CAMPINA GRANDE

13/07/2018



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Augusto Trigueiros dos Santos
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Seguradora
IDENTIDADE:	3797687
ENDEREÇO:	gamaalve dia 596

OUTORGADO

NOME:	Inácio Bruno Sarmiento
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Advogado OAB/PB-21472
IDENTIDADE:	2131933 CPF: 036781-814-06
ENDEREÇO:	Rua Dinomeneia Alves Correa - 1000 Fogo 02 - Campina Grande - PB

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande, 03 de julho de 2018.

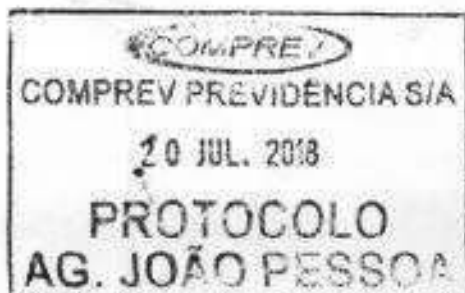
LOCAL E DATA

5º Ofício

Augusto Trigueiros dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Inácio Bruno Sarmiento
SUBSTITUTO

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180334218**
Vitima: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **28/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180334218**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13137168



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180334218**

Vitima: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **28/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180334218**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da vítima

132.853.927-03

Nome completo da vítima

Augusto Inguereiro dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Augusto Inguereiro dos Santos		CPF titular da conta 132.853.927-03	Profissão Segurante
Endereço Rua Generalistas Dias		Número 546	Complemento
Bairro Monte Castelo	Cidade Campana Grande	Estado PB	CEP 58464-000
Email maio Bruno adu@gmail.com		Telefone (DDD) 8333341239	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ: (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: BANCO DO BRASIL NRQ: 001	
CONTA NRQ: (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRQ: 1634 DIV: 9 CONTA NRQ: 37185 DIV: 8	

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

E. Grande, 13 de Julho de 2018
Local e Data

Augusto Inguereiro dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00172.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 28/10/2017

Hora: 13:58:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Sítio Gravatá dos Trigueiros, [Indeterminado], Queimadas, PB.

Ponto de referência: Perto das Piscinas de Mário

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Augusto Trigueiro dos Ramos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Francieleide Trigueiro dos Santos e Não Declarado

Idade: 27

Data de Nascimento: 08/05/1991

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão: Segurança

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 132.853.927-03

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 596, Monte Castelo, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Pé de Tambor

Telefone: (83) 98704-1422

TESTEMUNHA

Nome: Jair de Araújo Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Josefa Alexandrina da Silva e João de Araújo Silva

Idade: 40

Data de Nascimento: 07/07/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino fundamental completo

Profissão: Agricultor

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

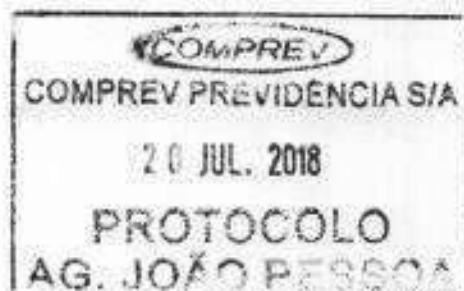
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 007.559.804-33

Endereço: Sítio Gravatá, [Indeterminado], Queimadas, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto das Piscinas de Mário

Telefone: Não informado



Procedimento Policial: 00172.01.2018.2.00.420



TESTEMUNHA

Nome: Giovane de Souza Costa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Lúcia de Souza Costa e Gilberto Pereira da Costa
Idade: 21 **Data de Nascimento:** 12/11/1996 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Itabaiana
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Autônomo
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº null
Endereço: Rua Horácio de Souza Cavalcante, 389, Monte Castelo, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Igreja Católica
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 Titan MIXES, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2010, placa NPX-2558, chassi 9C2KC1620AR048481, renavam 0022777698-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN MIXES, Ano/Modelo 2010/2010, cor vermelha, Placa NPX-2558-PB, Chassi de Nº 9C2KC1620AR048481, licenciada em nome de Alex Júnior da Silva, quando trafegava no Sítio Gravatá dos Trigueiros, Município de Queimadas/PB, momento em que um animal (Cachorro), atravessou na via, tendo o comunicante tentado se desviar do mesmo, tendo perdido o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da Clavícula do lado direito, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

ADENDOS:

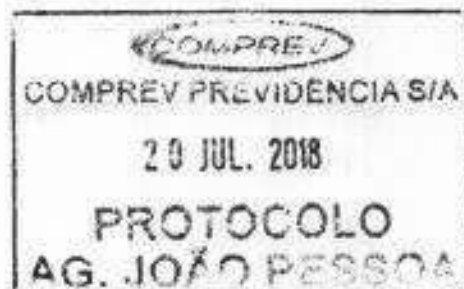
Usuário: Ademir da Costa Vilar

Data e Hora: 11/06/2018 09:07

Delegacia: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

Descrição: Por erro de digitação, no presente Boletim onde se ler o nome da vítima Augusto Trigueiro dos Ramos, LEIA-SE AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS. O referido é verdade e dou fé, dato e assino.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



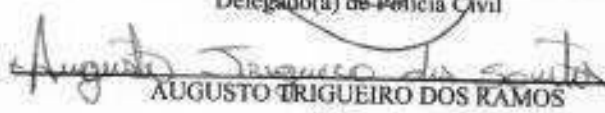
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

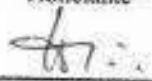


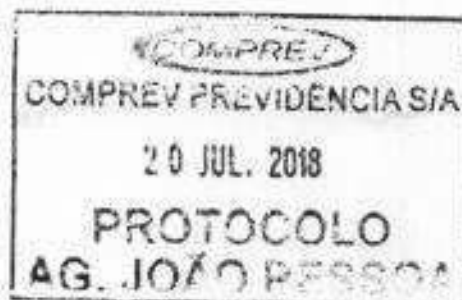
Campina Grande/PB, 06 de junho de 2018,


SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil


AUGUSTO TRIGUEIRO DOS RAMOS

Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

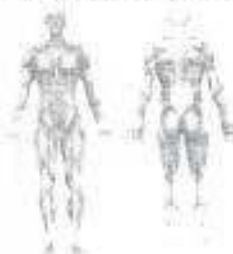


28/07/2017

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (R.E) Nº 1532374 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CHU
Av. Mal. Pedroso Pinheiro, 5706 - Alto da Boa Vista - Curitiba - PR, CEP 81212-8
Paciente de Emergência (R.E) - Admissão 07
Paciente: AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS
CPF: 58430000000
Data de Nascimento: 28/07/1977
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Nome do Mãe: FRANCISCA DE TRIGUEIRO
Residência: Rua de São João, 1000 - Centro - Curitiba - PR
Cidade: Curitiba - PR
UF: PR
CEP: 81212-8
Data de Admissão: 28/07/2017
Módulo: 11-055
Módulo: 11-055

DIAGNÓSTICO DO TRAUMA
1. DIAGNÓSTICO (Identifique o local com o número correspondente)



1. Cabeça
2. Pescoço
3. Tórax
4. Abdômen
5. Membros Superiores
6. Membros Inferiores
7. Coluna
8. Outros
9. Não especificado
10. Não especificado
11. Não especificado
12. Não especificado
13. Não especificado
14. Não especificado
15. Não especificado
16. Não especificado
17. Não especificado
18. Não especificado
19. Não especificado
20. Não especificado
21. Não especificado
22. Não especificado
23. Não especificado
24. Não especificado
25. Não especificado
26. Não especificado
27. Não especificado
28. Não especificado
29. Não especificado
30. Não especificado
31. Não especificado
32. Não especificado
33. Não especificado
34. Não especificado
35. Não especificado
36. Não especificado
37. Não especificado
38. Não especificado
39. Não especificado
40. Não especificado
41. Não especificado
42. Não especificado
43. Não especificado
44. Não especificado
45. Não especificado
46. Não especificado
47. Não especificado
48. Não especificado
49. Não especificado
50. Não especificado
51. Não especificado
52. Não especificado
53. Não especificado
54. Não especificado
55. Não especificado
56. Não especificado
57. Não especificado
58. Não especificado
59. Não especificado
60. Não especificado
61. Não especificado
62. Não especificado
63. Não especificado
64. Não especificado
65. Não especificado
66. Não especificado
67. Não especificado
68. Não especificado
69. Não especificado
70. Não especificado
71. Não especificado
72. Não especificado
73. Não especificado
74. Não especificado
75. Não especificado
76. Não especificado
77. Não especificado
78. Não especificado
79. Não especificado
80. Não especificado
81. Não especificado
82. Não especificado
83. Não especificado
84. Não especificado
85. Não especificado
86. Não especificado
87. Não especificado
88. Não especificado
89. Não especificado
90. Não especificado
91. Não especificado
92. Não especificado
93. Não especificado
94. Não especificado
95. Não especificado
96. Não especificado
97. Não especificado
98. Não especificado
99. Não especificado
100. Não especificado

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 1% Grau I 1º Grau 1º Grau 1º Grau

Verificar a lesão por choque elétrico e/ou térmico

EXAME FÍSICO - DADOS CLÍNICOS

GOVERNO DA PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS
PRONTUÁRIO: 1532374

DADOS: F B P A PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF: LITO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Raio X do Tórax AP (D) (L) (P) (P)

URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐
DATA: 28/07/2017 HORA DA SOLICITAÇÃO: 14:00

Carimbo e Assinatura do Médico

2. Diagnóstico: lesão - 01
3. Lesão: lesão - 01
4. Lesão: lesão - 01
5. Lesão: lesão - 01
6. Lesão: lesão - 01

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MARIA ZILDA BRITO NOBREGA
RUA DONALDUS D'AS 389 - MONTE CASTELO
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58444-332 (A.D. 43)

Emissão: 08/11/2017 Referência: Nov/2017
Cidade: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 80490-000
Roteiro: 3-401-210-4782 34 medidor: 3030800722

ENERGISA BORBORÉMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: Campina Grande / PB CEP: 58400-700
CNPJ: 06.928.546/0001-95 Ins. Est. 10.035.826-1

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº100300208
Cód. para Dig. Autenticação: 8060041193

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAN
Nov/2017 08/11/2017 07/12/2017 50460200410

UC (Unidade Consumidora): 4/47119-3

Canal de contato

• CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL
• CADASTRO BIOMÉTRICO
• A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA
• O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARABÁ ALERTA QUANTO
• AO CADASTRAMENTO, PRODUZIR UM CARTÃO ELEITORAL
• MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/10/17	8717	08/11/17	8925	
Demonstrativo				
Quantidade Tarifada Valor da Tarifa Valor da Tarifa Valor da Tarifa Valor da Tarifa				
Tarifa de Energia (R\$) Tarifa de Energia (R\$) Tarifa de Energia (R\$) Tarifa de Energia (R\$) Tarifa de Energia (R\$)				
0801 Consumo em kWh	19.000	0.004000	73.83	12.83 27
0801 Rato B / Variável			0.02	0.02 27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0801 CONTRA EMPLACAMENTO			0.00	0.00 0
0802 CUSTO DE RELOCAÇÃO NORMAL 102517			7.42	0.00 0
0804 JUROS DE MORA 09/2017			1.85	0.00 0
0804 JUROS DE MORA 10/2017			0.74	0.00 0
0804 JUROS DE MORA 11/2017			0.02	0.00 0
0805 MULTA 09/2017			1.85	0.00 0
0805 MULTA 10/2017			1.44	0.00 0
0805 MULTA 11/2017			1.27	0.00 0
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0.94	0.00 0
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017			0.04	0.00 0
CC: Custo de Classificação do Serv. TOTAL				
			100.31	80.31 27.83 80.31 0.00 2.00

Média últimos meses (kWh): 28
VENCIMENTO 26/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 105,31

Histórico de Consumo (kWh)											
98	108	135	98	79	94	94	9	79	112	109	124
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

9952.0204.ecb3.ec44.sa28.0a8a.483f.a8cc

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DC TENSÃO	0.00	NOMINAL	220
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		

Determinação	Valor
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	17.55
Serviço de Energia	28.40
Serviço de Transmissão	0.01
Energia Elétrica	7.00
Serviço de Dist. de Energia	43.00
Outros Serviços	7.42
Total	105.31

Atenção: Letura confirmada Faturas em atraso

BORBORÉMA
Roteiro: 3-401-210-4782
Módulo: 47119-2017-11-2
VENCIMENTO 26/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 105,31
83620000001-3 05310147000-2 00471192017-5 11200401019-8

COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLADO
AGILIDADE

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 001.359.108

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 156 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-45 Insc. Est. 15.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA ZILDA BRITO NOBREGA
RUA GONCALVES DIAS 598
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/47119-3

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

10/07/2018

CONSUMO

116

VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,20

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MARIA ZILDA BRITO NOBREGA

Roteiro: 03-401-210-4780

83800000001-5 10200147000-8 00471192018-3 07800401019-1

VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,20

MATRÍCULA

47119-2018-07-8

