

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477158

A/C: FRANCISCO JOSE DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170435975 ASL-0301427/17
Vítima: FRANCISCO JOSE DA COSTA
Data Acidente: 06/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

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, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO JOSE DA COSTA

Sinistro: 3170435975
Vítima: FRANCISCO JOSE DA COSTA
Data do Acidente: 06/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170435975** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



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, FRANCISCO JOSÉ DA COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 23420.679-6

EXPEDIDO POR SSP-SP

EM 29 / 03 / 2017

CPF 0.92.034.228-22 /CNPJ

00000000000000000000000000000000

PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO JOSÉ DA COSTA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Autorização de pagamento



(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, de constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter 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 (microempresas e empresas de pequeno porte);
- 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 consultar o 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/scanner 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.

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) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00050344-3

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.

AREAL - PB 23 de JUNHO

LOCAL E DATA

de 2017 Francisco José da Costa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegundotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA loterias

CAIXA loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

115-659752833-0

25/ABR/2017

HORA DE 14:52

LOT: 13.17709-1

TERM: 04087

LOCALIDADE: AREIAL

AG. VINCULADA: 1668

CONTROLE: 7510828222

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1668 013 00850344-1

FRANCISCO JOSE DA COSTA

VALOR

ESSE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

115-659752833-0

1ª VIA

RECEBIDO

03 ABR. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTADAS
Rua João Veríssimo de Souza, 21, Centro, Montadas/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrência



Versando sobre: Acidente de trânsito

Hora e data do fato: Às 06:55, do dia 6 de fevereiro de 2017.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:43, do dia 18 de maio de 2017.

Local do Ocorrido: PERTO DA FÁBRICA DE COURO, ZONA RURAL, PUXINANÃ

COMUNICANTE: FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, do sexo masculino, nascido no dia 04/01/1970, com 47 anos de idade, ID: 29.420.679-6, CPF: 192.014.228-22, AGRICULTOR, filho de JOSÉ MANUEL DA COSTA e de MARIA ALBERTINA DA COSTA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de ESPERANÇA/PB, BRASILEIRA, residente na RUA 14 DE OUTUBRO, 38, bairro PARAGUAI, na cidade de AREIAL, PB, celular Nº 9 8769-4454

VÍTIMA: O COMUNICANTE,

TESTEMUNHAS: PAULO JONAS SILVA PEREIRA, do sexo masculino, nascido no dia 01/09/1998, com 18 anos de idade, ID: 2015015092-4 SSP/CE, CPF: 621.668.853-73, ESTUDANTE, filho de CÍCERO DO NASCIMENTO DA SILVA e de ROSÂNGELA DE SOUSA PEREIRA, escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de IBIAPINA-CE, BRASILEIRA, residente na RUA 14 DE OUTUBRO, 54, bairro PARAGUAI, na cidade de AREIAL, PB, celular Nº 9 8769-4454. **MESSIAS DOS SANTOS FRANCA**, do sexo masculino, nascido no dia 01/02/1966, com 51 anos de idade, CPF: 087821677-45, AGRICULTOR, filho de ANTÔNIO FRIMINO DE FRANÇA e de MARIA DAS NEVES DOS SANTOS FRANÇA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de PARAIBA, BRASILEIRA, residente na RUA JAIME TITO COSTA, 15, bairro ARGENTINA, na cidade de AREIAL, PB, celular Nº 9 8641-5132.

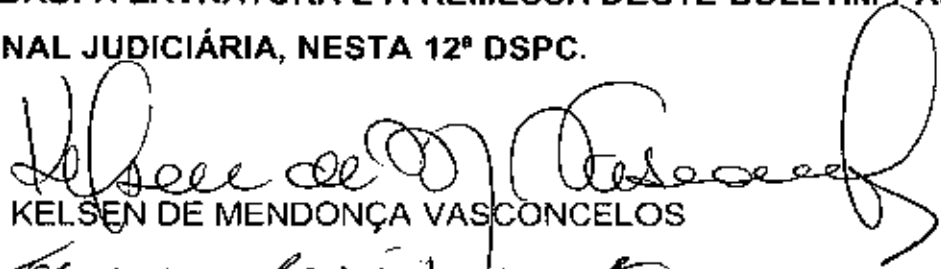
ACUSADO(S): A INVESTIGAR



HISTÓRICO: QUE na data supra estava se deslocando para trabalhar em uma residência na Zona Rural de Puxinanã no seu veículo HONDA CG 150 TITAN KS, PLACA NPT 3858/PB, CHASSI 9C2KC15109R107505, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2009/2009, CATEGORIA PARTICULAR, quando a sua garupa tentou descer da motocicleta para abrir a porteira e o veículo tipo Saveiro de cor e placa desconhecidos bateu na sua moto por trás; QUE com o impacto a motocicleta caiu e o comunicante ficou desacordado, somente readquirindo a consciência no Hospital de Trauma de Campina Grande; QUE não se recorda dos detalhes do acidente; QUE depois de atendido no Hospital de Trauma, foi transferido para Hospital Antônio Targino na mesma urbe; QUE permaneceu nos nosocômios por vinte e três dias até a alta; QUE compareceu a esta Delegacia para lavrar o presente Boletim.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 12ª DSPC.

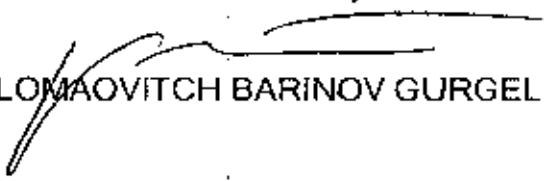
AUTORIDADE


KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS

COMUNICANTE


FRANCISCO JOSÉ DA COSTA

ESCRIVÃO


VASSILI SALOMAOVITCH BARINOV GURGEL



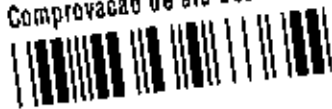


ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade
SAMU 192 – POCINHOS – PB



SAMU

Comprovação de ato declaratório



ATO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, vítima colisão moto com carro no dia 06/02/2017 próximo a Montadas e Puxinanã, sendo encaminhada para HOSPITA DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:



Valquíria Anselmo de Souza Lima
Coordenadora Geral e de Enfermagem



Pocinhos-PB 31/03/2017.

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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

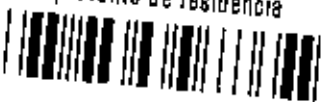
CLIENTE: FRANCISCO JOSE DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000050344-1

Nr. da Autenticação 0AC0E4CE0C7FC2D3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCESCO JOSÉ DA COSTARG nº 294206796, data de expedição 29/01/1993 Órgão SSP/SP

CPF nº 192.014.228-22, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA 14 DE OUTUBRO</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>AREIAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58140-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>(83)98609-8435</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AREIAL - PB, 23/06/2017

Assinatura do Declarante:

Francisco José da Costa

LUZIA VICENTE DA SILVA
RUA 14 DE OUTUBRO, 38 - CENTRO
APEM/RS CEP 93140-000 (AG-71)

Classe/Supr. RESIDENCIAL / ZONA RURAL MONOFASICO 220, Km 20 - Cmpo Azenha, Jd. Petrópolis/PB - CEP 53111-000
Petro 3 - 14.1402 - 1000 Rpt. 1 - 14/05/2017
Módulo 060009155 S.M. 1 - 14/05/2017

ENERGISA PARANÁ - CONHECIMENTO DE ENERGIA SA
ENERGISA PARANÁ - Cnpj 08.907.000/0001-92 - Ins. Est. 10.616.823-0
Nº Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 204 5-1
Código para Dálito Automático: 00013310PT

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Canal de contato

Mai / 2017

Apresentação

08/05/2017

Data prevista da próxima leitura

06/06/2017

CPF/CNPJ/RANI

99322333452

Insc. Est.



Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
abr/17	89
mar/17	114
fev/17	83
jan/17	82
dez/16	94
nov/16	98
out/16	94
set/16	81
ago/16	72
jul/16	70
jun/16	81
maio/16	78

Mês a dos últimos meses
65

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Otras
Data	Leitura	Data	Leitura	
05/04/17	1135	04/05/17	1405	
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo até 20kWh-BR	30	0,13007	4,08	
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,22119	15,48	
Consumo - 101 a 220kWh-BR	0	0,34077	0,00	
Adic. B. Vermeto			1,81	
Subsídio			21,82	
ICMS			18,75	
PIS			0,72	
COFINS			1,34	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIB. LUM. PÚBLICA			7,18	
JUROS DE MORA 04/2017			0,08	
MULTA 04/2017			5,74	
Devolução Subsídio			-21,52	

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	87,59	27,00	16,75
PIS	87,59	1,0757	0,72
COFINS	87,59	4,9408	1,34

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
15/05/2017	R\$ 53,78

d1c9.caaf.a79c.52d8.3924.945f.385e.808b.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Esperança

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DISCONTINUIDADE	5,47	0,31	NOMINAL	270	5,00	14,62
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	12,34				1,00	2,17
DISCONTINUIDADE ANUAL	25,69				0,00	0,00
DISCONTINUIDADE MENSAL	3,42	0,86	CONTRATADA	202	30,32	88,56
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	6,35		LIMITE INFERIOR	221	0,00	0,00
DISCONTINUIDADE ANUAL	12,70		LIMITE SUPERIOR			
DISCONTINUIDADE MENSAL	3,06	0,33				
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	12,77					





1C-00

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO
R PEDRO AMERICO 68
PROX A CATEDRAL DE CAMPINA GRANDE
CASA - CENTRO
58400-238 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 27/06/2017

Vencimento: 07/07/2017

Emissão: 26/06/2017

27/06/17

Fechamento próxima fatura: 02/08/2017

Comprovante de residência



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	139,18
Pagamento efetuado em 02/06/2017	-140,00
Saldo financiado	-0,82
 Lançamentos atuais	191,41
Total desta fatura	190,59

Titular: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

Cartão: 4062 XXXX XXXX 8704

Veja que a fatura impressa chegará em casa. Mas já para a Fatura Digital, Digite: 30053030 E apertando

Vencimento

07/07/2017

At pagamento total R\$ ou

190,59

H) pagamento mínimo R\$ ou

28,59

Cl parcelamento R\$ ou

24 X
17,89

D) entrada para financiamento:
pague qualquer valor entre R\$

Não Disponível

Consulte outras opções

Maneja opção de pagamento.
O valor da parcela é calculado com base no valor total da compra, dividido pelo número de parcelas.
Se você optar por pagar em parcelas, o valor total da compra será dividido em parcelas iguais, com juros e encargos.
Se você optar por pagar em uma única vez, o valor total da compra será pago de uma só vez, com juros e encargos.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	300,00
Limite utilizado no mês	190,59
Limite de crédito por cartão	300,00
Retirada de recursos Pim (saque)	50,00

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
27/05	POSTO MARILIA	50,00
04/06	CAMPINA GRANDE	69,41
04/06	CAMPINA GRANDE	72,00
04/06	SÃO PAULO	72,00
Lançamentos no cartão (final 0187)		191,41

Total dos lançamentos atuais: 191,41

Encargos cobrados nesta fatura

Juros de rotativo	9,90 %	0,00
Juros de mora	1,01 % a.m.	0,00
Multa por atraso	2,00 %	0,00
De de financiamento		0,00

Cachetado

Compra presencial
com uso do cartão e senha



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do documento

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

Nome do Estabelecimento (CNPJ/CPF)

Endereço do Estabelecimento

34191.75343 00320.212045 00173.090002 2 000

0013600120240214331

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 008.982.614-50

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-09

AV. PUT BARBOSA, 251, F. A. GRACIAS - RECIFE - PE

Assinatura

Vale do documento

Validade

recibo do pagador

17336001202-7

R\$ 190,59

07/07/2017

Autenticação Mecânica

RECEBIDO

03 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Comprovante de residência



CTC RECIFE PE PL13

PC-15

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO
R PEDRO AMERICO 68
PROX A CATEDRAL DE CAMPINA GRANDE
CASA - CENTRO
58400-238 CAMPINA GRANDE - PB



3711091230216970000002451420 700817

Postagem: 28/08/2017

Vencimento: 07/09/2017

Emissão: 27/08/2017

Fechamento próxima fatura: 07/10/2017

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	156,51
Pagamento efetuado em 03/08/2017	- 157,00
Saldo financiado	- 0,49
Lançamentos atuais	155,53
Total desta fatura	155,04

Titular **ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.8724**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

Vencimento
07/09/2017

A) pagamento total R\$
155,04

B) pagamento mínimo R\$
23,26

C) parcelamento R\$
24 X 15,07

D) entrada para financiamento:
pague qualquer valor entre R\$
Não Disponível

Converta outras opções

Nova opção de pagamento
Di entrada para financiamento:
Quando disponível, o valor pago
será considerado como entrada
de um financiamento e o saldo
restante será dividido em parcelas
fixas com juros iguais ao do
pagamento da fatura.
Se você efetuar um pagamento
inferior ao valor mínimo da entrada,
você estará em atraso, com
cobrança de juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	200,00
Limite utilizado no mês	155,04
Limite de crédito parcelado	300,00
Restrição de recursos País(s):(un)	50,00

Lançamentos: compras e saques

ALFREDO P DE O NETO (final 8724)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
05/08	PRIME CONCERTO EM CARN CAMPINA GRANDE	52,63
17/08	BK BRASIL CAMPINA GRANDE	19,90
17/08	MCDONALD S ICC CAMPINA GRANDE	21,00
18/08	BELLE S PRESENTES CAMPINA GRANDE	62,00

Lançamentos no cartão (final 8724) **155,53**Total dos lançamentos atuais **155,53**

3.6 Compra presencial

Cartão de crédito com chip e
senha pessoal intuímos/verível.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do(s) titular(es) (CPF/CNPJ)

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

Endereço do Beneficiário

34191.75363 00320.222045 00173.090002 1 000

00136003202/0306367

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 008.982.634-50

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69

AV RUI BARBOSA, 251, 1º-A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Nome do titular

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagador

175/16903102-1

R\$ 155,04

07/09/2017

Ass: [assinatura]

RECEBIDO

11 SET. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

https://www.seguradadelider.com.br/Paginas/acompanhe-o-processo-de-indenizacao.aspx
 Home | TRT 13 | TPB | JPB | Correios | CNPJ | MTE | Medidor | Google | G1 | G3 | UNES | Códigos Postais | Calculadora de Financi... | 1ST | Compar - Not. Jurídicas RJ PCI Concursos

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
 Documentos Invalidez Permanente
 Documento Inorte
 Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
 Consulte a Pagamentos Efetuados
 Inscrições Grátis

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre a indenização do seu pedido de indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o meio de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisado, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170435975 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO JOSE DA COSTA
 COBERTURA Invalida:
 SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Vapre Vera Cruz Seguradora S/A
 4532
 BENEFICIÁRIO FRANCISCO JOSE DA COSTA
 CPF/CNPJ: 19201423822

Realizado em 01/09-2017 13:40:31

A documentação aqui no erro corre se beneficiar, devendo ser entregue no tempo
 local em que a documentação inicial foi entregue

Descrição	Idade	Sexo	Nome
Declaração Causa de Morte	Beneficiário	Idade	ALFREDO PINTO DE
SUSEP - SUS -	Contribuinte	OLIVEIRA, NETO	





Comprovante de residência

11.11.17
PC-15

CTC RECIFE PERJ

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO
R PEDRO AMERICO 68
PROX A CATEDRAL DE CAMPINA GRANDE
CASA - CENTRO
58400-238 CAMPINA GRANDE - PB



Postagem: 26/10/2017
Vencimento: 07/11/2017
Emissão: 25/10/2017

321109423009979000001150630 761017

Fechamento próxima fatura: 02/12/2017

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	14,01
Pagamento efetuado em 10/10/2017	- 50,00
Saldo financiado	- 35,96
Lançamentos atuais	174,56
Total desta fatura	138,60

Titular: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.8724

Pra que esperar a fatura? Impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

validade 07/11/2017	A) pagamento total R\$ ou 138,60	B) pagamento mínimo R\$ ou 20,79	C) parcelamento R\$ ou 24 X 13,47	D) entrada para financiamento: pague qualquer valor entre R\$ Não Disponível
-------------------------------	--	--	--	---

Consulte outras opções

Novo opção de pagamento
D) entrada para financiamento:
Quando disponível, o valor pago
será considerado como entrada
de um financiamento e o saldo
restante será dividido em parcelas
fixas com juros iguais aos do
parcelamento da fatura.
Se você efetuar um pagamento
inferior ao valor mínimo de entrada,
você estará em atraso, com
cobrança de juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	200,00
Limite utilizado no mês	138,60
Limite de crédito parcelado	300,00
Restância de recursos País (saques)	40,00

Lançamentos: compras e saques

ALFREDO P DE O NETO (final 8724)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
09/09	REDE COMPRAS CAMPINA GRANDE	44,16
01/10	BR BRASIL CAMPINA GRANDE	25,00
01/10	GIRAFFAS CAMPINA GRANDE	50,50
10/10	BONDI HIPER CAMPINA01/02	54,90

Lançamentos no cartão (final 8724) 174,56

Total dos lançamentos atuais 174,56

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
10/10	BONDI HIPER CAMPINA02/02	54,90

continua...

☒ Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Nome do Documento
Nome do Pagador (CPF/CNPJ)
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)
Endereço do Beneficiário

34191.75363 00320.222045 00173.890002 2 000

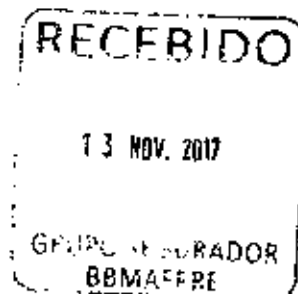
0013600370270147759
ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 008.987.634-50
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.2340004-69
AV RUI BARBOSA, 251, 1-A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Novo Número
Valor do documento
Validade

recibo do pagador

175360037027-2
R\$ 138,60
07/11/2017

Assinatura Recibente

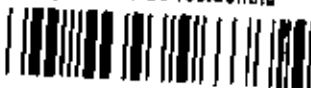


CEP: 041031170810241001774

140.00R01102

Hipercard

Comprovante de residência



PC -00

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO
R PEDRO AMÉRICO 68
PROX A CATEDRAL DE CAMPINA GRANDE
CASA - CENTRO
58400-238 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 27/03/2018

Vencimento: 07/04/2018

Emissão: 26/03/2018

Fechamento próxima fatura: 02/05/2018

270318

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	395,98
Pagamento efetuado em 02/03/2018	- 395,98
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	201,23
Total desta fatura	201,23

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcuar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

Cartão 6062.XXXX.XXXX.8724

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

07/04/2018

A) pagamento total R\$ ou

201,23

B) pagamento parcelado (a partir de) R\$ ou

30,19

C) parcelas fixas R\$ ou

19,55
+23x 19,55

D) pagamento mínimo para R\$ financiamento

Não Disponível

Nota opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para
financiamento: quando disponível,
o valor pago será considerado como
entrada de um financiamento, e
o saldo restante será dividido em
parcelas fixas com juros iguais ao
do parcelamento (parcelas fixas)
da fatura. Se você efetuar um
pagamento inferior ao pagamento
mínimo para financiamento, você
estará em atraso, incorrendo em
juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	990,00
Limite utilizado no mês	201,23
Limite de crédito parcelado	1.485,00
Retirada de recursos Pals (saque)	40,00

Consulte outra opção

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
04/01	DROGASIL 2305	66,33
10/01	CAMPINA GRAND	55,00
18/03	CT TEAM PITBULL 03/06	79,90
18/03	8020 HIPER CAMPINA01/10	79,90
Lançamentos no cartão (final 8724)		201,23

Total dos lançamentos atuais 201,23

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
10/01	CT TEAM PITBULL 04/06	55,00
18/03	8020 HIPER CAMPINA02/10	79,90

☒ Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continuar



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do Pagador/CNPJ

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

Endereço do Beneficiário

34191.75363 00320.222045 00173.090002 1 000

00136003202/0159635

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 008.982.634-50

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.3300001-69

AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagador

175/99003202-2

R\$ 201,23

07/04/2018

Autenticação Mecânica

RECEBIDO

26 ABR, 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



DECLARAÇÃO

- Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO, portador(a) do

RG nº 3259460, expedido por SSP/PB, em

18/07/2005, CPF/CNPJ nº 008.982.634-50,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) FRANCISCO

JOSÉ DA COSTA do sinistro de DPVAT da natureza DE INVALIDEZ

da vítima FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: OAB-PB - CARTEIRA PROFISSIONAL

Alfredo Pinto de Oliveira Neto
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

Pelo exposto, eu ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO, portador(a) do RG nº 3259460, expedido por SSP/PB, em 18 / 07 / 2005, CPF/CNPJ nº 008.982.634-50,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO JOSÉ DA COSTA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 2000,00

Documentos comprobatórios: carteira da OAB/PB - Carteira Profissional

OAB-PB 17753
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



0126319



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO, portador(a) do

RG nº 3259460, expedido por SSP/PB, em

18 / 07 / 2005, CPF/CNPJ nº 008.982.634-50,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO

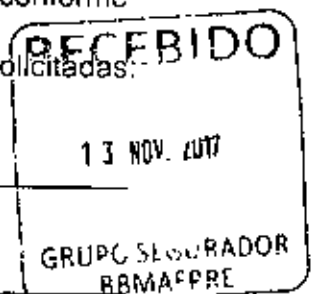
JOSÉ DA COSTA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ PERMANENTE

da vítima FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

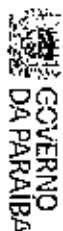
Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 2000,00

Documentos comprobatórios: carteira da OAB/PB - Carteira Profissional



Alfredo Pinto de Oliveira Neto
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Alfredo Pinto de O. Neto
ADVOGADO
OAB/PB 17753



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E.) Nº 1378483 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 02.778.268/0001-92
Av. Raul Floriano Pereira, 4700 - K. 18/19, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/02/2017
Biblioteca de Emergência (B.E.) - Módulo 07 Atendente: Eliassandra Oliveira Alves

PACIENTE: FRANCISCO JOSE DA COSTA

CEP: 58140000

Nascimento: 04/01/1970

Endereço: 14 DE OUTUBRO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Areial

Idade: 007

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: Maura

RG:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: SAMU

CPF:

CNS: 12121415000111

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 06/02/2017

Tipo:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 08:47:44

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FIJHA:

MÉCANISMOS DO TRAUMA:

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Antebraço
2. Ampulção
3. Anelido
4. Cauda
5. Dorso
6. Face
7. Mão
8. Pernas
9. Torso
10. Braço
11. Cabeça
12. Ombro
13. Antebraço
14. Cauda
15. Cauda
16. Cauda
17. Braço
18. Antebraço

OBS:

QUIMIADURA:

Superfície corporal lesada:

DIAGNÓSTICO / CID:

Documentação médica - hospitalar



EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Relato verbalizado de acidente automobilístico. Paciente não se lembra dos detalhes do acidente. Não houve ferimentos ou lesões aparentes.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

TOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PULSAIS () Freqüentes () Normais () Antecorais ()

TENSÃO

PA

HGT

SATUR

HGT

SATUR

SATUR

SATUR

SATUR

RECEBIDO

03 ABO 2017

GRUPO SEGUADOR BBMAFPR

0102117

XAMES SOLICITADOS:

Laboratoriais

Gasometria arterial

Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: O. A. A. A.

às

09:00

dia

06/02/17

às

14:40

dia

Especialista: *N. A. A.

às

14:40

dia

06/02/17

às

14:40

dia

MÉDICO SOLICITANTE: J. A. A.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

CARIMBO DO HOSPITAL

DATA: 06/02/2017

REALIZADO EM:

LOCAL

DATA

LOCAL

LOCAL

Ficha de Acolhimento

5/11/2017

Nome:

Francisco José da Costa

End:

Rua 14 de Julho 37

Bairro:

Freixo - P.3

Data de Nascimento:

16 de Maio de 1970

Documento de Identificação:

Queixa:

Acidente de trabalho

Data do Atend:

06.02.17

Hora:

20:30

Documento:

Acidente de trabalho?

() Sim

() Não

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

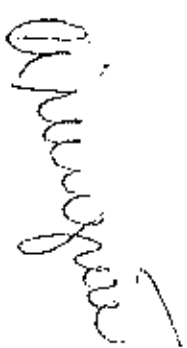
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

MOD. 110

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

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



Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

5

17 June

2 Our favorite

610

let us join

Handwritten text: 11 22 33 44 55 66 77 88 99

DESTINO DO PACIENTE

1. **Центры продаж**

1. *Arctostaphylos*

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΠΝΟΣΠΙΤΑ

1. *Accession number* (1 to reveal)

1. () Medicina

{ 50:210

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

RECEBIDO

03 460 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPE

CODE: 9780000000000

9

INDEX

At 40. Deixate recolher, referir problema em MID.
Phidone incante um pouco melhor.
Solicita parecer do Nôdo.

Urethralgia

Reservante as linhas de circulação de energia

com o Sr. Roberto Pereira da MTD,

No. 22

- BEG + continue + sign +

- Glucagon 15, parafin iofoto ①

- Parvovirus de MTD

- Sección de Inicial de MT D Presidencia

- Moncada & Pons. MTE (abundancia)

~~Teal~~ Toucan

$$I_s / T_6 = \frac{q_p A}{A_0} \cdot$$

100

condition

POS
BBM

Thomas Carlo Monte Russo
Notary
CUB 29144

Data da internação: 06/02/2017 Hora: 14:48:51

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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	
5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO JOSE DA COSTA				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1378699	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 04/01/1970		9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - NOME DA SAÍDA DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DO CONTATO 000 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R 14 DE OUTUBRO, 38, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Araial		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250120		15 - UF PB	
16 - CEP 58140-000					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>com uma lesão no antebraço direito, dor</i> <i>na região do antebraço direito.</i>					
18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO <i>fratura de vertebra</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Te. vert. cervicobraquial</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE VERTEBRA		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - CLÍNICA		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (CNS/CPP)		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/02/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Daniel Pereira Dean Ramos</i>	
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) - CRM 20744					
34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA		36 - Nº DO BOLHETE	
37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNES DA EMPRESA	
40 - ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		41 - CNPJ		42 - CNES	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☒ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - END. ORGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO (CNS/CPP)		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRILHA DE EVOLUÇÃO

OK

Paciente	Fernando José da Costa	Alojamento	Galvão	Leito		Convênio	
----------	------------------------	------------	--------	-------	--	----------	--

Data		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
06/02/12		Dorife geral localização		14h			
⑦		SF 250 ml EV 12/12h		OG			
⑧		P. Pivota 1g EV 06/06 h		OG			
⑨		Amoxiclavina 1g EV 2/8 h		22h			
⑩		Furosemida 100mg EV 2/8 h / Sa da		S/O			
⑪		Dose furosemida 20 mg EV 06/06		OG			
⑫		Alimentação 200 ml EV 2/8 h		17h			
⑬		Lepraime 5.000 UI SC 12/12 h		OG			
⑭		SVP		18h			
⑮		Medicação de dor 10 mg 2/2 h		19h			
⑯		CCGG		20h			

[illegible]

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Diagnostico



Paciente	Francisco Henrique Costa	Alojamento	SELO	Leito	1-4	Convênio	
----------	--------------------------	------------	------	-------	-----	----------	--

[illegible]

[illegible]

08.02

PA: 130x80

08.20h

3505.14

Pet evolui estável, orientado, aceita dieta
eliminações, medicado C.P.M.

[Signature]

08

02

12

paciente consciente orientado, quixu-se do dor forte

Medicado conforme prescrição médica, segue aos

Cuidados da enfermagem

PA = 110 x 70 ; 20 - 30 hs

[Signature]
Mayara Tibério de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN-PR, 50324

Enfermagem

3505.14

Enfermagem

Paciente: FRANCISCO JOSÉ DA COSTA

13d

01.07.14

Prescrição Médica

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA ORAL LAXATIVA

NCR

SF 2520 ml iv qas 24 hrs

TFRM

Digoxin 2 mg (1 tablet) + add 10 mL iv 5% dextrose as necessary

Warrant for Search of Vehicle

Calciprotein 400mg + 2000 + 2500 10 mL IV no dil.

T: 777 2200; 1000mg + SF-6, 9% 100 mL IV 8/5/54 S/N
--

Capicriptil 25 mg VO 50 p.a maior igual a 180 x 110 mmHg

Clexane 40mg SC 1x/dia

Celopipteno 100mg+SfD,9% 200ml. IV 12/12h

Pd P T, X

REPOUSD ABSOLUTO

2.80

100

Equipe de Neurologia do Hospital de Emergência e Serviço de Doenças Neurológicas

0/02/17. 8046 PA. 120295. Paciente segue acordado, refere dor na cervical,
for medicação conforme prescrição ...

[Signature]

1:50:00

17-07-2017

17-07-2017

17-07-2017

[Signature]

[Signature]

F

Paciente: FRANCISCO JOSÉ DA COSTA

10.02.11

Prescrição Médica

DIETA ORAL LAXATIVA

SF 2500 ml IV nas 24 hs

Diluir 2ml (1/100ml) + abd 10 ml i.v 6/8h se necessário.

Nasobion 8mg IV se necessário

Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 ml IV ao dia.

Tramadol 100mg + SFQ 9% 100ml IV 6/8h S/N

Cepiprolil 25 mg VD se na maior igual a 150 x 110 mmHg.

Clexane 40mg SC 3x/dia

Coleprolono 100mg+SFQ 9% 200ml IV 12/12h.

PA P TAX

REPOUSO ABSOLUTO

Idad

EVOLUÇÃO MÉDICA

NCR

TRM

Dr. Bruno

Dr. Antônio R. S. Filho
Médico Assistente
02/02/2011

Amador, S. S. D. M.
Coordenador de Enfermagem
02/02/2011

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

10.02.2017

8:00H5

PA: 130x80

Acumt. com. orientado
sem. fixos no momento e
publicado conforme PROCAED
reduz. e fixa aos lados de enf.

Tre de enf. *Phly*

21.00H.

PA: 130/80

[illegible]

Paciente: grávida 36ª dia em la

7-4

12/03/2017	Prescrição Médica	DIETA	Medic	NCA
	SFO 9% 2030 mL EV NAS 24h			
	PROFENID 100MG - AD IV 12/12H		DE 05 3-4:00:00	
	TRAMAL 100MG + AD IV 8/8h 5/12		DE 24	9:00
	Nauseadron 8mg + AD EV 8/8h 5/12			
	Doliprona 2ml (1grama) + abd 10 mL IV 6/6h SIV			
	Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV 1X D.A		DE 24	NO 8:00:00
	Ceftriaxol 2mg SL 60 PA > 170x110			DE 24
	HGT 650ML CLORIDRATO DE PROTÓCOLO			
	GL 50% 3 AMP EV SE HGT < 70			
	Gabapentina 300			
	SSIV			

dieta 100g 50 ml

aprox

to for
 over
 over

VALDO ALBERTO
 14/03/2017 14:53

12/02/17 7:30 - Psta. devalu. Comiciante, Uciende, deuta alia, eliminacion de
PA = 120x80 Pa, nom 5/15, Mpora don conluno E. Remuey



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CHES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - CHES
4 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CHES

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - NOME DO PACIENTE		8 - SEXO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		11 - UF
12 - COD. IDGE MUNICÍPIO		12 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

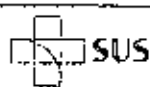
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	31 - QTD
32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI TIPO I	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI TIPO II	35 - QTD
36 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI TIPO III	37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - DATA DE SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - DATA DE SOLICITAÇÃO



Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde		7 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PROTOCOLO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		Masc. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
		13 - CID - ICD 10	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
		16 - CEP	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - CDD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

com efeito em MTD.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
44 - CNES		45 - CRM 29744	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
		48 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
49 - DOCUMENTO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
52 - CNES		53 - CPF	

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

02/10/2013

Ass.

Bomies

Data da internação: 06/02/2017 Hora: 14:58:51

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

FRANCISCO JOSE DA COSTA

6 - Nº DO REGISTRO

1378699

7 - CATEGORIA DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/01/1970

9 - SEXO

Masc ☒Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DO PACIENTE

R 14 DE OUTUBRO, 38, CENTRO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R 14 DE OUTUBRO, 38, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Areial

14 - DISTRITO MUNICIPAL

250120

15 - UF

PB 5214000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto, lesões com presença de MID.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

TK col torácica.

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

FRATURA DE VERTEBRA

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/02/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO

DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS

CRM 29744

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

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº CO ELEV-TE

40 - CNPJ DA EMPRESA

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - COG. ORGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

44 - DOCUMENTO () CNS () CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dear, please see attached to number
OIM to number 100

Signature of the author

Signature of the author



10/10/10



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 13/02/2017
HORA: 17:27:17

Antecedente 1892	Atendimento 2225193	Reserva/Guia 0*
---------------------	------------------------	--------------------

cliente ANSCISO JOSE DA COSTA [CPF: 19201422822]
 Sexo Est. Civil M Outros Dt Nasc. 04/01/1970 Telefone 8398788776 R.G. 284206796
 Mãe DE OUTUBRO 38 Cidade 8+68 - 776 Complemento 6 Profissão 700705960087977

Endereço RUA RIA ALBERTINA DA CONCEICAO
 Cidade AREIAL 8+21 - 01510-000
 Estado ESPIRITO SANTO UF PB
 CEP 53140000 Telefone 33681187

Médico Acompanhante 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33853130430]
 Data 13/02/2017

Sessão 1009 SECRETARIA SUS Convênio 50 SUS
 Origem NEUROCIQUIATRIA
 www.lucianoholanda.med.br

Data mín. para alta - 13/02/2017 Data máx. para alta - 13/02/2017 Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? ☒ Sim ☐ Não Data admissão 13/02/2017 Data alta 23.02.17
 Internação anterior...? ☐ Sim ☐ Não Hora admissão : Hora alta 08:00
 Alta.....: ☐ Curado.....: ☐ Melhorado.....: ☒ Inalterado.....: ☐ Clínica.....: Médica.....: ☐
 Piorado.....: ☐ A pedido.....: ☐ Indisciplina.....: ☐ Cirúrgica.....: ☐
 Transferido.....: ☐ Falecimento.....: ☐ Evasão.....: ☐ Obstétrica.....: ☐

Diagnóstico: Lactose de Lactose

Internação...:

Definitivo...:

Histórico:

ORIENTAÇÃO

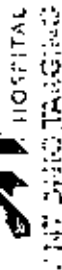
Raio X: ☒ Simples ☐ C/Contraste
 Uti Entrada 13.02.17 Saída 21.02.17

Caract. Trat. ☐ A ☐ B ☐ C
 Sanguene...: ☒ Rh...: ☐

SANGUE TRANSFUSIONAL
 HAT
 LETA 13.02.17
 NA 20.00
 RESPONSÁVEL Luciano
 RX REALIZADO EM 16.02.17
 REALIZADO EM 17.02.17
 Alexandre da Silva
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Dr. Roberto J. Holanda
 NEUROCIQUIATRIA
 CRM 2948
 PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM
 RECORRIDAS AO SUS
 RX DE CONTROLE
 REALIZADO EM 17.02.17
 Alexandre da Silva
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIN 5040

NAME: FRANEZ BOSE DA COSTA

DATE: / / LGADU(H): ASS:

ALIA:	LEITO:	CONVÊNIO:
-------	--------	-----------

DATA: / / DESIGADJHT: ASS:

ORGANISTICO:

[illegible]

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 14, 08, 17

Nome: Francisco Jose da Costa Idade: 47a
DIH: 2 DICTI: 2

Diagnósticos:

TRM Torácica

História da Moléstia Atual:

paciente com CG regular, acordado/espontâneo, hidratado, normotenso, acidoúrico e glicêmico.

Antecedentes Patológicos / Medicações de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB:	ATB:
DVA: <u>Não</u>	ANALG: <u>3/N</u>
SED: <u>Não</u>	PROFXS: <u>Sim</u>
DIETA: <u>Antesmanal vo</u>	OUTROS:

Controles:

FC: <u>84</u>	PA: <u>120/70</u>	TEMP: <u>36.1°C</u>
DIURESE: <u>825ml/12h</u>	BH:	EVAC:
SAT O ₂ : <u>97%</u>	SECREÇÃO:	

Dispositivos:

1- <u>Cateter Urinário</u>	Data:	2-	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR:	VC:
FIO ₂ :		SAT. O ₂ :

Exame Físico:

paciente com MV leve e respiração espontânea, BNE SS. Mucosas palmas, úmido. M. GP - Juntos concentrados. membros - boa perfusão periférica.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Visita Faria
CRM 3213 - CPF 379.854.924-20

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 13 / 02 / 17

Nome: <u>Francisco José de Cite</u>	Idade: <u>47</u>
DIH:	DI CTY: <u>APM</u>

Diagnósticos:

<u>TRM leve</u>

História da Moléstia Atual:

<u>Paciente encaminhado do Hospital de</u>
<u>Tramontes, estado geral comprometido, sintoma</u>
<u>de obstrução, com TRM leve</u>

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: <u>-</u>	ATB: <u>-</u>
DVA: <u>-</u>	ANALG: <u>in</u>
SED: <u>-</u>	PROFXS: <u>in</u>
DIETA: <u>BRQ</u>	OUTROS: <u>-</u>

Controles:

FC: <u>110</u>	PA: <u>120 x 80</u>	TEMP: <u>36,6</u>
DIURESE: <u>APM</u>	BH: <u>0</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O ₂ : <u>97%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

Dispositivos:

1- <u>sem cateter</u>	Data: <u> </u>	2- <u> </u>	Data: <u> </u>
3- <u> </u>	Data: <u> </u>	4- <u> </u>	Data: <u> </u>

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo: <u> </u>	FR: <u> </u>	VC: <u> </u>
FiO ₂ : <u> </u>		SAT. O ₂ : <u> </u>

Exame Físico:

<u>AV: RIR em 2T, BIR em 1T</u>
<u>AP: sem ruídos, 1T e 2T</u>
<u>APM: leve</u>
<u>Su: sem ruídos, 1T e 2T</u>
<u>Ex m: sem perfusão</u>

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

12- unidades internadas
- 501 reais

Dr. Elton Maciel Jerônimo
Médico
CRM-PB 5860

DATA: 15/04/2017

Nome: FRANCISCO JOSE DO
DIH: DI CTI: 3º dia COLA Idade: 47A

Diagnósticos:

TRM TORACICO

História da Moléstia Atual:

De início, em RCB. Surtado/Concussão e repouso por dor no tórax. Refere dor no tórax no MM.

Antecedentes Patológicos / Medicações de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: Ceftriaxona 1g	ATB:
DVA:	ANALG: +
SED:	PROFXS: +
DIETA: 2200	OUTROS: +

Controles:

FC: 110	PA: 105/60 mmHg	TEMP: 36.5°C
DIURESE: 250 ml	BH: 5	EVAC:
SAT O2: 96%	SECREÇÃO:	

Dispositivos:

1- Acesso venoso	Data:	2- Sonda	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR: 20 IPM	VC:
FIO2:		SAT. O2: 96%

Exame Físico:

Inspeção: Normal
Palpação: Normal
Percussão: Normal
Auscultação: Normal
Sinais: Normais

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

INSTITUTO DE ARAGUAIA
CRM 3029
CPF 188.058.058/34

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 6 / 2 / 11

Nome: Flávia José da Costa Idade: 47
DIH: DI CTI: 0-4

Diagnósticos:

TMN - contínuo

História da Moléstia Atual:

Paciente admitida em quadro clínico agudo, acordada, consciente, orientada, respirando espontaneamente.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

—

Infusões:

ATB: Ceftriaxona 2-01	ATB: —
DVA: —	ANALG: +
SED: —	PROFXS: +
DIETA: BRN	OUTROS: +

Controles:

FC: 79	PA: 140 x 80	TEMP: 36,6
DIURESE: 1200 ml	BH: —	EVAC: —
SAT O ₂ : 98%	SECREÇÃO: —	

Dispositivos:

1- SVD	Data:	2- Plano Curto	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR:	VC:
FiO ₂ :		SAT. O ₂ :

Exame Físico:

Rev. em 20 min 5/11

Rev. em 5 min 5/11

Rev. em 5 min 5/11

Dr. César da Silva Siqueira
MÉDICO - CRM 6189-PB
Intensivista/Ultrassonografista

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

DATA: 18, 02, 17

Nome:	RANALDO JOSÉ DA COSTA		Idade:	47 a.
DIH:	DI CTI:	6º dia		

Diagnósticos

1 KM TORALCO
PO. NRC. ANTROPOLOGIA DE COWS
Lamin. New + for 450

História da Moléstia Atual:

All letters were recd.
 10/10/10. Comm. sent
 Recd. Sept. 10. 10 10 10
 2. Com

Antecedentes Patológicos / Medicacões de uso prévio / Internações

Infusões

ATB: <u>Estimado DIA 3</u>	ATB: <u>—</u>
DVA: <u>—</u>	ANALG: <u>+</u>
SED: <u>—</u>	PROFXS: <u>+</u>
DIETA: <u>BRN 24</u>	OUTROS: <u>+</u>

Controls:

FC: 88 bpm	PA: 140/90 mmHg	TEMP: 36.2
DIURESE: 1800 ml/24h	BH: Epais	EVAC: -
SAT O2: 97.7	SECREÇÃO:	

Dispositivos:

1- <u>ALIBIO VENDO</u>	Data:	2- <u>FOU</u>	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea:

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR: <i>CONTIN</i>	VC:
FiO ₂ : <i>0.21</i>		SAT. O ₂ : <i>100</i>

~~J~~Game Físico:

11/01/15
 12/01/15
 13/01/15
 14/01/15
 15/01/15
 16/01/15
 17/01/15
 18/01/15
 19/01/15
 20/01/15
 21/01/15
 22/01/15
 23/01/15
 24/01/15
 25/01/15
 26/01/15
 27/01/15
 28/01/15
 29/01/15
 30/01/15
 31/01/15
 01/02/15
 02/02/15
 03/02/15
 04/02/15
 05/02/15
 06/02/15
 07/02/15
 08/02/15
 09/02/15
 10/02/15
 11/02/15
 12/02/15
 13/02/15
 14/02/15
 15/02/15
 16/02/15
 17/02/15
 18/02/15
 19/02/15
 20/02/15
 21/02/15
 22/02/15
 23/02/15
 24/02/15
 25/02/15
 26/02/15
 27/02/15
 28/02/15
 01/03/15
 02/03/15
 03/03/15
 04/03/15
 05/03/15
 06/03/15
 07/03/15
 08/03/15
 09/03/15
 10/03/15
 11/03/15
 12/03/15
 13/03/15
 14/03/15
 15/03/15
 16/03/15
 17/03/15
 18/03/15
 19/03/15
 20/03/15
 21/03/15
 22/03/15
 23/03/15
 24/03/15
 25/03/15
 26/03/15
 27/03/15
 28/03/15
 29/03/15
 30/03/15
 31/03/15
 01/04/15
 02/04/15
 03/04/15
 04/04/15
 05/04/15
 06/04/15
 07/04/15
 08/04/15
 09/04/15
 10/04/15
 11/04/15
 12/04/15
 13/04/15
 14/04/15
 15/04/15
 16/04/15
 17/04/15
 18/04/15
 19/04/15
 20/04/15
 21/04/15
 22/04/15
 23/04/15
 24/04/15
 25/04/15
 26/04/15
 27/04/15
 28/04/15
 29/04/15
 30/04/15
 01/05/15
 02/05/15
 03/05/15
 04/05/15
 05/05/15
 06/05/15
 07/05/15
 08/05/15
 09/05/15
 10/05/15
 11/05/15
 12/05/15
 13/05/15
 14/05/15
 15/05/15
 16/05/15
 17/05/15
 18/05/15
 19/05/15
 20/05/15
 21/05/15
 22/05/15
 23/05/15
 24/05/15
 25/05/15
 26/05/15
 27/05/15
 28/05/15
 29/05/15
 30/05/15
 31/05/15
 01/06/15
 02/06/15
 03/06/15
 04/06/15
 05/06/15
 06/06/15
 07/06/15
 08/06/15
 09/06/15
 10/06/15
 11/06/15
 12/06/15
 13/06/15
 14/06/15
 15/06/15
 16/06/15
 17/06/15
 18/06/15
 19/06/15
 20/06/15
 21/06/15
 22/06/15
 23/06/15
 24/06/15
 25/06/15
 26/06/15
 27/06/15
 28/06/15
 29/06/15
 30/06/15
 01/07/15
 02/07/15
 03/07/15
 04/07/15
 05/07/15
 06/07/15
 07/07/15
 08/07/15
 09/07/15
 10/07/15
 11/07/15
 12/07/15
 13/07/15
 14/07/15
 15/07/15
 16/07/15
 17/07/15
 18/07/15
 19/07/15
 20/07/15
 21/07/15
 22/07/15
 23/07/15
 24/07/15
 25/07/15
 26/07/15
 27/07/15
 28/07/15
 29/07/15
 30/07/15
 31/07/15
 01/08/15
 02/08/15
 03/08/15
 04/08/15
 05/08/15
 06/08/15
 07/08/15
 08/08/15
 09/08/15
 10/08/15
 11/08/15
 12/08/15
 13/08/15
 14/08/15
 15/08/15
 16/08/15
 17/08/15
 18/08/15
 19/08/15
 20/08/15
 21/08/15
 22/08/15
 23/08/15
 24/08/15
 25/08/15
 26/08/15
 27/08/15
 28/08/15
 29/08/15
 30/08/15
 31/08/15
 01/09/15
 02/09/15
 03/09/15
 04/09/15
 05/09/15
 06/09/15
 07/09/15
 08/09/15
 09/09/15
 10/09/15
 11/09/15
 12/09/15
 13/09/15
 14/09/15
 15/09/15
 16/09/15
 17/09/15
 18/09/15
 19/09/15
 20/09/15
 21/09/15
 22/09/15
 23/09/15
 24/09/15
 25/09/15
 26/09/15
 27/09/15
 28/09/15
 29/09/15
 30/09/15
 01/10/15
 02/10/15
 03/10/15
 04/10/15
 05/10/15
 06/10/15
 07/10/15
 08/10/15
 09/10/15
 10/10/15
 11/10/15
 12/10/15
 13/10/15
 14/10/15
 15/10/15
 16/10/15
 17/10/15
 18/10/15
 19/10/15
 20/10/15
 21/10/15
 22/10/15
 23/10/15
 24/10/15
 25/10/15
 26/10/15
 27/10/15
 28/10/15
 29/10/15
 30/10/15
 31/10/15
 01/11/15
 02/11/15
 03/11/15
 04/11/15
 05/11/15
 06/11/15
 07/11/15
 08/11/15
 09/11/15
 10/11/15
 11/11/15
 12/11/15
 13/11/15
 14/11/15
 15/11/15
 16/11/15
 17/11/15
 18/11/15
 19/11/15
 20/11/15
 21/11/15

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

[illegible]

**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO**

DATA: 47/02/13

Nome: <u>Francisco José da Costa</u>	Idade: <u>47</u>
DIH: <u>5.01.14</u>	DI CTI: <u>5.01.14</u>

Diagnósticos:

- <u>Tris torácica</u>
- <u>Le adnexa adnexa heminecrose</u>
- <u>descompressão e fístula digestiva</u>

História da Moléstia Atual:

<u>paciente evolui em estado geral</u>
<u>regular, com sintomas respiratórios, heminecrose</u>
<u>hemodinamicamente estável, apneia</u>

Antecedentes Patológicos / Medicações de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: <u>ceftriaxona</u>	ATB: <u>-</u>
DVA: <u>-</u>	ANALG: <u>su</u>
SED: <u>-</u>	PROFXS: <u>su</u>
DIETA: <u>gula</u>	OUTROS: <u>-</u>

Controles:

FC: <u>83</u>	PA: <u>122/80</u>	TEMP: <u>36.2</u>
DIURESE: <u>2250ml</u>	BH: <u>negativo</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O2: <u>99%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

Dispositivos:

1- <u>SVD</u>	Data: <u>-</u>	2- <u>ceftriaxona</u>	Data: <u>-</u>
3- <u>-</u>	Data: <u>-</u>	4- <u>-</u>	Data: <u>-</u>

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo: <u>-</u>	FR: <u>-</u>	VC: <u>-</u>
FiO2: <u>-</u>		SAT O2: <u>-</u>

Exame Físico:

<u>AR: RCR em H, RNF em L</u>
<u>SR: um D em SAT, NDA</u>
<u>MM: flácida</u>
<u>SV: pulso irregular e fraco</u>
<u>Ext: mol profunda</u>

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Eton Jaciel Jerônimo
MÉDICO
R. 5683

OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____



**HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**

[illegible]

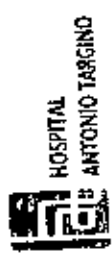
**PACIENTE APRENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL, ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

OXIGÊNIO

DATA: / / LUGAR: ASS: DESLUGADO(H): ASS:

OXIGÊNIO

DATA: / / LUGAR: ASS: DESLUGADO(H): ASS:



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PACIENTE	DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	LEITO	HORARIO DE MEDICAÇÃO	IDADE: 47	MEDICO: DR. ERIN MACIEL	ENCARGADO
	13.02.17	01. DIETA ORAL HIPOSSODICA	MT			POPONDE ASSIMILADA 100g 1x/dia	
		02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETRICA	MT			ANALISE LABORATORIAL 1x/dia	
		03. O2 3L/MIN CONT	MT			DETOXIFICANTE 1x/dia	
		04. SRL 500ML EV 8/8H	MT			QUEMADA LOCAL 1x/dia	
		05. DECAIDRON 4mg IV 8 X 8 h	MT			TAUMINA DE NOCTURNO 1x/dia	
		07. LOSARTANA 50mg P/SNG 12 X 12 h	MT			ASSO CLAUDIA 1x/dia	
		08. DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	MT			REABOL 1x/dia	
		09. NAUSEUDRON 8mg IV SN	MT			OMONITIA 1x/dia	
		10. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	MT			CLAUDIA 1x/dia	
		11. AMITRYL 25MG VO 1X/DIA	MT			DR. ERIN MACIEL	
		12. TRAMAL 100MG + SF 100ML EV S/N	MT			DR. ERIN MACIEL	
		13. CAPOTEN 25MG SL S/N	MT			DR. ERIN MACIEL	
		14. FISIOTERAPIA RESP E MOTORA	MT			DR. ERIN MACIEL	
		15. DECUBITO ELEVADO	MT			DR. ERIN MACIEL	
		16. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	MT			DR. ERIN MACIEL	
		17. CUIDADOS GERAIS DE UTI	MT			DR. ERIN MACIEL	
		18. Monitorização 1x/dia				DR. ERIN MACIEL	

Kelly Cristina L. Santos
Téc. de Enf.
COREN: 244555

CRM-PB 3863

DATA: 19/02/17

Nome: Fernando da Costa Idade: 77 anos
DIH: 7:30 DCTI: 7:30

Diagnósticos:

= Infecção
= PO de síndrome de volume intracel.

História da Moléstia Atual:

Paciente evolui com tosse que vem aumentando muito,
do tipo respiratório espontâneo, suprimido, 1 episódio
de crise de dispnéia normalizada, está
um pouco mais mal.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Intervenções

—
—

Infusões:

ATB: <u>Ceftriaxona</u>	ATB: <u>—</u>
DVA: <u>—</u>	ANALG: <u>SM</u>
SED: <u>—</u>	PROFXS: <u>—</u>
DIETA: <u>líquida oral</u>	OUTROS: <u>—</u>

Controles:

FC: <u>87 bpm</u>	PA: <u>140 x 90 mmHg</u>	TEMP: <u>36,2°C</u>
DIURESE: <u>3400 ml</u>	BH: <u>negativo</u>	EVAC: <u>—</u>
SAT O ₂ : <u>98%</u>	SECREÇÃO: <u>—</u>	

Dispositivos:

1- <u>cateter perifer.</u>	Data: <u>—</u>	2- <u>ETD</u>	Data: <u>—</u>
3- <u>—</u>	Data: <u>—</u>	4- <u>—</u>	Data: <u>—</u>

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo: <u>—</u>	FR: <u>—</u>	VC: <u>—</u>
FIO ₂ : <u>—</u>		SAT. O ₂ : <u>—</u>

Exame Físico:

Rev. RCR em 20 segundos e BENT
Arterial 120/80 mmHg
União glomerular 15, 0/10
ed. leve

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Dr. Douglas A. Júnior
CRM 7180

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 20 / 07 / 12

Nome: Francisco José do Lito Idade: 47
DIH: 8-11-A

Diagnósticos:

TRM Torácica
do sistema circulatório

História da Moléstia Atual:

Paciente evolui em estado geral
regular, consciente, expressa desconforto
cardíaco insistentemente referido, apneia

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: <u>ufloxacina</u>	ATB: <u>-</u>
DVA: <u>-</u>	ANALG: <u>sim</u>
SED: <u>-</u>	PROFXS: <u>sim</u>
DIETA: <u>ord</u>	OUTROS: <u>-</u>

Controles:

FC: <u>94</u>	PA: <u>100 x 70</u>	TEMP: <u>36°C</u>
DIURESE: <u>1823ml</u>	BH: <u>negativo</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O ₂ : <u>97%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

Dispositivos:

1- <u>cateter venoso</u>	Data: <u>-</u>	2- <u>-</u>	Data: <u>-</u>
3- <u>-</u>	Data: <u>-</u>	4- <u>-</u>	Data: <u>-</u>

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo: <u>-</u>	FR: <u>-</u>	VC: <u>-</u>
FiO ₂ : <u>-</u>		SAT. O ₂ : <u>-</u>

Exame Físico:

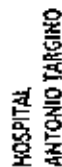
AC: pulm em JT, RIF normal
AP: murm m-JT, S1/4
ADP: flexão
em pulso carotídeo notado
em abd profundizado

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUSTAS E DESPESAS FORAM
CUBRIDAS AO SUS

Dr. Erico Manoel de Araújo
Médico
CRM 22.2553

WIRE

Figure 1



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

[illegible]

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

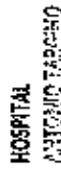
realizado em data 27/06/2018

OXIGENIO DATA: __/__/__ LUGADO(H): __ ASS: __ DATA: __/__/__ DESLUGADO(H): __ ASS: __

ORIGEMIO

DATA: __/__/__ LEGADO(H): __ ASS: __

DATA: __/__/__ DESLEGADO(H): __ ASS: __



PACIENTE	FRANCISCO JOSE DA COSTA	LEITO	3	IDADE	HORARIO DE NEECAÇÃO	ENFERMAGEM
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CT				
16.02.17	01. DIETA BRANDA C/ AUX	X	X	X	X	Atenção às necessidades nutricionais, avaliar, avaliar a evolução da dieta.
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	CT				Revisar sinais vitais, glicemia, etc.
	03. O2 CONT SOB CATETER 3 l/min	CT				Manter nível de saturação > 95%
	04. SRL 50cm EV B X 9 h + 10ml por 10-12	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	05. DECADRON 4mg IV 6 X 5 h	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	07. LOSARTANA 50mg P/SNG 12 X 12 h	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	08. DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	09. NAUSEDRON 8mg IV SN	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	10. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	11. AMITRYL 25mg VO 1 X DIA		X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	12. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV SN					Revisar nível de glicemia, etc.
	13. CAPOTEN 25mg SL SN					Revisar nível de glicemia, etc.
DIA 01	14. CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=15/2)	X	X	X	X	Revisar nível de glicemia, etc.
	15. FISIOTERAPIA RESPE MOTORA	CT				Revisar nível de glicemia, etc.
	16. DECÚBITO ELEVADO	CT				Revisar nível de glicemia, etc.
	17. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT				Revisar nível de glicemia, etc.
	18. CUIDADOS GERAIS DE UTI					Revisar nível de glicemia, etc.
	PACIENTE ATENDIDO PELO SUPLENTE DE ENFERMEIRO					Revisar nível de glicemia, etc.
	AO HOSPITAL AMPLIANDO TARGING					Revisar nível de glicemia, etc.
	DE ANÁLISE					Revisar nível de glicemia, etc.

COBRADAS AO SUS

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 02-27-2008 BY 60322 UCBAW

OXIGÊNIO

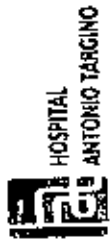
DATA: / / LIGADO(H): ASS: /

DATA: / / DESLIGADO(H): ASS: /

OXIGÊNIO

DATA: / / LIGADO(H): ASS: /

DATA: / / DESLIGADO(H): ASS: /



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PACIENTE	FRANCISCO JOSE DA COSTA	LEITO	8	IDADE: 47	MÉDICO: Dr. GILNEY POIATO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			ENTRAGEM
17.02.17	01. DIETA BRANCA C/AUX	08	11	11	Prescrição oncológica, exames de sangue
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	CT			Monitorização contínuamente
	03. O2 CONF SOB CATETER 3 l/min	CT			Monitorização contínuamente
	04. SRL 500ml + NaCL 20% 20 ml EV 8 X 8 h	10	18	18	Monitorização contínuamente
	05. DECADRON 4mg IV 6 X 6 h	10	18	18	Monitorização contínuamente
	07. LOSARTANA 50mg P/CHG 12 X 12 h	10	18	18	Monitorização contínuamente
	08. DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	10	18	18	Monitorização contínuamente
	09. NAUSEDRON 8mg IV SR	10	18	18	Monitorização contínuamente
	10. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	10	18	18	Monitorização contínuamente
	11. AMITRYL 25mg VO 1 X DIA				Monitorização contínuamente
	12. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV SN				Monitorização contínuamente
	13. CAPOTEN 25mg SL SN				Monitorização contínuamente
DIA 02	14. CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DG=15/2)	12	24	24	Monitorização contínuamente
	15. FISIOTERAPIA RESP E MOTORA	CT			Monitorização contínuamente
	16. DECÚBITO ELEVADO	CT			Monitorização contínuamente
	17. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT			Monitorização contínuamente
	18. CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT			Monitorização contínuamente

Dr. Gilney Poiato
Paciente atendido pelo SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Gilney Poiato
Paciente atendido pelo SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Santa Rita de Cassia - RJ
Técnico de Enfermagem

OXIGÊNIO

DATA: / / LIGADO(H): ASS: DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:

OXIGÊNIO

DATA: / / LIGADO(H): ASS: DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PACIENTE	FRANCISCO JOSE DA COSTA	LEITO	8	IDADE	47A	MEDICO	LA. RUE NON V
DATA	PRESCRIÇÃO MEDICA	HORARIO DE MEDICAÇÃO	ENFERMAGEM				
15.02.17	01. DIETA ORAL REPOSSICION 22.00h						Chamada oxigenada, e extensa
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETRICA		CT				Arterial, em 20.00h, 22.00h, 04.00h
	03. O2 3L/MIN CONT		CT				Intubado (Cano 4.0P, 5.0P)
	04. SRL 500ML EV 8/8h	12		12h	12h		2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	05. DECADRON 4mg IV 8/8h						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	07. LOSARTANA 50mg P/3NG 12 X 12h						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	08. DIPKONA 200 IV 6 X 6h						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	09. NAUSEIDRON 8mg IV SN						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	10. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12h						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	11. AMITRYL 25MG VO 1X/DIA						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	12. TRAMAL 100MG + SF 100ML EV S/N						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	13. CAPOTEN 25MG SL S/N						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	14. FISIOTERAPIA RESP E MOTORA						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	15. DECÚBITO ELEVADO						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	16. SINAIS VITAIS DE 4 X 4h						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
	17. CUIDADOS GERAIS DE UTI						2.00h 04.00h 08.00h 12.00h
08.00	<i>Definido a 12.00h</i> <i>DO = 15.00h</i> <i>PACIENTE ATENDIDO PELO SUS</i> NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS						

dieta zero calórica, sedação, ordens, e diurese prescrita por SUS 08.00h após intubação, Realizados cuidados intensivos, M.C.P.M.

Eva Barros Aguiar
Téc. Enfermagem
COREN 121391



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

OXIGÊNIO
DATA: / / LOCAL: ASS: DESGASTO(H): ASS:

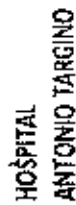
OXIGÊNIO
DATA: / / LOCAL: ASS: DESGASTO(H): ASS:

PACIENTE	FRANCISCO JOSE DA COSTA	LEITO	8	IDADE	47A	MEDICO DO HOSPITAL	NUMERO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	UTI	108	19	19	PRESCRIÇÃO	
20.02.17	01. DIETA BRANDA CLARY	UT				02. MONIT. JRIÇÃO MM. SUP. VENTRIS	
	03. 02. CONT. SOB CATETER 2 W/ML. SN	UT				04. LOSAR ANA 50mg P/O 12 X 12h	
	05. DIPINO VA LG VO DE 6/6h	UT				06. PLASIL 11AMP IM/SA	
	07. KANTIDINA 150mg VO 12 X 12h	UT				08. AMITRIL 25mg VO 1 X DIA	
	09. TYLEX 30mg VO DE 8/8h S/N	UT				10. CAPOTEN 25mg SL 56 PA > 160x110mmHg	
	11. CEFLEXINA 500mg IV 6 X 6 h (DO=20/2)	UT				12. FISIOTERAPIA RESP E MOTORA	
	13. DECÚBITO ELEVADO	UT				14. SINAIS VITAIS DE 4 X 4h	
	15. CUIDADOS GERAIS DE UTI	UT					

com a colaboração de todos os setores

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Daniel José de A. Almeida
Médico
CRM 7190



DATA	RESEARCH	ASS-
------	----------	------

DATA: / / DESUGADONH ASS:

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

PACIENTE	COGNOME	PRESCRIÇÃO MEDICA	USO	DOSE	DATA	RECEITA
PAVA	JOSE DA COSTA	PRESCRIÇÃO MEDICA	USO	DOSE	DATA	RECEITA
01/02/17	DIETA FRACIONADA	DIETA FRACIONADA	USO	DOSE	DATA	RECEITA
02/02/17	MONITORIAÇÃO ELETROCARDIOGRAMA	MONITORIAÇÃO ELETROCARDIOGRAMA	USO	DOSE	DATA	RECEITA
03/02/17	SOS CATETER VASCULAR	SOS CATETER VASCULAR	USO	DOSE	DATA	RECEITA
04/02/17	OSALURIN 50mg	OSALURIN 50mg	USO	DOSE	DATA	RECEITA
05/02/17	DIPRONA 1g VO DI 6/6h	DIPRONA 1g VO DI 6/6h	USO	DOSE	DATA	RECEITA
06/02/17	PLASIL CLAMPIM S/C	PLASIL CLAMPIM S/C	USO	DOSE	DATA	RECEITA
07/02/17	RANITIDINA 150mg VO 12 X 12 h	RANITIDINA 150mg VO 12 X 12 h	USO	DOSE	DATA	RECEITA
08/02/17	AMITRYL 25mg VO 1 X DIA	AMITRYL 25mg VO 1 X DIA	USO	DOSE	DATA	RECEITA
09/02/17	TYLEX 30mg VO DE 8/8h S/N	TYLEX 30mg VO DE 8/8h S/N	USO	DOSE	DATA	RECEITA
10/02/17	CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg	CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg	USO	DOSE	DATA	RECEITA
DIA 01	CEFALEXINA 500mg IV 6 X 6 h (D0=20/2)	CEFALEXINA 500mg IV 6 X 6 h (D0=20/2)	USO	DOSE	DATA	RECEITA
12/02/17	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	USO	DOSE	DATA	RECEITA
13/02/17	DECUBITO ELEVADO	DECUBITO ELEVADO	USO	DOSE	DATA	RECEITA
14/02/17	SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	USO	DOSE	DATA	RECEITA
15/02/17	CUIDADOS GERAIS DE UTI	CUIDADOS GERAIS DE UTI	USO	DOSE	DATA	RECEITA
Valentino Soares Azevedo						
CRM: 4115						

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL, ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

1990

1. 4. 1.

1990

150

10

Q. What is the name of the person who is the owner of the property?

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

COBRADAS AO SUS



HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente:

Fernando da Costa

Idade

60 anos

Médico(Dr.):

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

DATA

21/05/17

Paciente melhor q bom
análise qd bom comu-
a nob respiração apen-
bras expirada aguda-
foe onufico intan-
Linhos normais

Dr. Targino
Médico
C.R.P. 14.740

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
GUÍAS DESPESAS AO SUS
COBRADAS



OXIGENIO

DATA: _____ LIGADO(S): _____

DATA: / / DESUGADO(H): ASS-

OXLEY

DATA: ____/____/____ UGADDPH: ASS:

DATA: ____/____/____ DESGADONH: ASS: _____

PACIENTE	FRANCISCO JOSE DA COSTA	MACA	4	IDADE:	47 A	MÉDICO: DR. DORCIVAL JUNIOR
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	D DE MEDICINAÇÃO				
21.02.17	01. DIETA BRANDA C/AUX	CT				
	02. LOSARTANA 50mg 2 VO 12 X 12 h	A		28		
	03. DIPYRONA 1g VO DE 6/6h	A		20		
	04. PLASIL 01AMP IM S/N					
	05. RANITIDINA 150mg VO 12 X 12 h	B		/		
	06. AMITRYL 25mg VO 1 X DIA			21		
	07. TYLEX 30mg VO DE 8/8h S/N			/		
	08. CAPOTEN 25mg SL SE PA > 160x110mmHg			/		
DIA 01	09. CEFALEXINA 500mg IV 6 X 6 h (D0-20/2)	12		24		
	10. FISIOTERAPIA RESPE MOTORA	CT				
	11. DECÚBITO ELEVADO	CT				
	12. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT				
	13. CUIDADOS GERAIS	CT				

DE DONALDO JOSE DE A. JIMENEZ
MEDICO
CRM-PB 7190

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TACCINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

HOSPITAL

11 JULHO 2013

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: FRANCISCO MORE

ALIA: GRUNGERA

DATA: 16

CONVÊNIO: SUS

ORIGEM: ASS:

LIGADU(H):

DESCADU(H):

DATA	MEDICAMENTOS	HORARIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
30/02	1) <u>INSULINA GLARGINA + HUMULIN</u>	<u>EX</u>	<u>11h 15min</u>
02	2) <u>INSULINA GLARGINA 51N</u>		<u>11h 15min</u>
	3) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>	<u>EX</u>	<u>11h 15min</u>
	4) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	5) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	6) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	7) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	8) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	9) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	10) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	11) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	12) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	13) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	14) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	15) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	16) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	17) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	18) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	19) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	20) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	21) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	22) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	23) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	24) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	25) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	26) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	27) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	28) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	29) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	30) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	31) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	32) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	33) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	34) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	35) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	36) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	37) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	38) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	39) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	40) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	41) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	42) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	43) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	44) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	45) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	46) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	47) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	48) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	49) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	50) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	51) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	52) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	53) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	54) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	55) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	56) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	57) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	58) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	59) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	60) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	61) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	62) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	63) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	64) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	65) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	66) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	67) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	68) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	69) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	70) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	71) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	72) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	73) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	74) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	75) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	76) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	77) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	78) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	79) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	80) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	81) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	82) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	83) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	84) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	85) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	86) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	87) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	88) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	89) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	90) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	91) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	92) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	93) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	94) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	95) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	96) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	97) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	98) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	99) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>
	100) <u>INSULINA HUMULIN 2500</u>		<u>11h 15min</u>

SUS
 PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPI TAL
 CUSTAS DESPESAS
 COBRADAS AP

Dr. Luciano Helander
 NESTOR DE OLIVEIRA
 1944
 V. 11/10/2013

Dr. Luciano Helander
 NESTOR DE OLIVEIRA
 1944
 V. 11/10/2013

PACIENTE:	F. M. S. S. S.		
Nº DO PRONTUÁRIO:	101211		
DATA DA OPERAÇÃO:	10/12/11		
OPERADOR:	D. M. S.		
1º AUXILIAR:	D. M. S.		
2º AUXILIAR:	D. M. S.		
3º AUXILIAR:	D. M. S.		
ANESTESISTA:	D. M. S.		
TIPO DE ANESTESIA:	G. M. S.		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	T. M. S.		
TIPO DE OPERAÇÃO:	T. M. S.		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	T. M. S.		
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	T. M. S.		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:	T. M. S.		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	T. M. S.		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÁTICA E TÉCNICA: ICAUTURAS-DRENAGEM-SÓLIDA-MAL ENFERMAGEM-ASPECTO-VÍCERAS

1	W. M. S.
2	D. M. S.
3	T. M. S.
4	T. M. S.
5	T. M. S.
6	T. M. S.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARRINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PROCESSED: 92-1892-1223

CIRCULANTE DIOP + 50ml CARDA SALIC OOL

INÍCIO: 16 00 FINAL: 18 35

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
COD.	DESCRIÇÃO	QTD.
	AGULHA FAGUN	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TIRAX N°	
	AGULHA TROICARAL N°	
	AGULHA DESTARTAVEL N°	10
	ESMOVA DESCARTAVEL	13
	COMPRESSAS S/A	10
	CAFETER FEMURAL N°	
2356	BOLETA COMESTÍVEL	
22381	COLUTOR 2 CM C/FECHO	
22880	COLUTOR 2 CM ABERTO	
59587	ELETRODO	
5885	EQUIPO MICROGOTAS	
577	EQUIPO MICROGOTAS	
69753	MICROPORO LARGO	
5379	MICROPORO FINO	
	JELOUA	
	LABIAL A BETA	
2259	ALGODÃO HIGIÊNICO	
9113	ALGODÃO HIGIÊNICO	
	ALGODÃO GESSADO	
3700	SERINGA 3.0 x 100	
3689	SERINGA 3.0 x 100	
3719	SERINGA 3.0 x 100	
3697	SERINGA 3.0 x 100	
341797	SERINGA DE 3cc (sem Lugo)	
3735	SERINGA 3.0 x 100	
	SONDA GEL	
4081	TORÇÃO 2.5 CM	
	SONDA GEL	
3615	ESFARADAPADO	
3468	INTUBAÇÃO	
20117	INTUBAÇÃO	
60917	GELITE	
	TUBO 2.5 CM	
	ALGODÃO 2.5 CM	
	ALGODÃO 2.5 CM	
43126	ALGODÃO 2.5 CM	
3522	ALGODÃO 2.5 CM	
109870	ALGODÃO	
	SONDA NEG	
5425	GELITE	
2000	GAZAS 1.5 x 1.5	
3549	LOVA PROTEGIDA	
3417	ES. CONDUTOR	
53937	ES. A P.	
	CAPA LATEX 10x10x10	

[illegible]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO MARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Nome: FRANCISCO JOSE DA COSTA
Idade: 47 ANOS
CPF: 0110043057 Dt Coleta: 14/02/2017 - 00:24:34
Paciente: VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115
Exame: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Data: 14/02/2017 - 06:51:14 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores Referência
Hemácias	3,59	milh/mm ³
Hemoglobina	10,8 ✓	g/dL
Hematócrito	32,8 ✓	%
H.C.M	91,4	u3
H.C.M.	30,1	pg
H.C.M.	32,9	g/dL
DPW	12,8	
Coria Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	7964 ✓	/mm ³
Neutrófilos	0	
Linfócitos	79 ✓	6292
Eosinófilos	1	80
Basófilos	0	0
Monócitos	15	1195
Linfócitos atípicos	0	0
Plaquetas	5	398
Coria Branca:	Leucócitos morfológicamente conservados.	
PLAQUETAS	293000 ✓	/mm ³
Coria Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	

Exame AUTOMÁTICO EM CENTRO DE
ANÁLISES HEMATOLOGIA TOTAL

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PROSANGUA
RUA DELMIR GOUVIA, 49 - CENTRO - FONE: 83 98184.1643
RUA VILA PETRILLA, 81 - PRATA - FONE: 83 98198.4705 / 98198.4708
RUA JOÃO BARBOSA SILVA, 49 - CENTRO - FONE: 83 99405.4011
RUA JUVENIANO SOBRINHO, 159 - CENTRO - FONE: 83 3361.2377 / 3361.2378
RUA FELIZARDO SEZAR DE ALMEIDA, 174 - FONE: 83 98198.4705 / 98198.4708

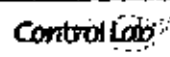


Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

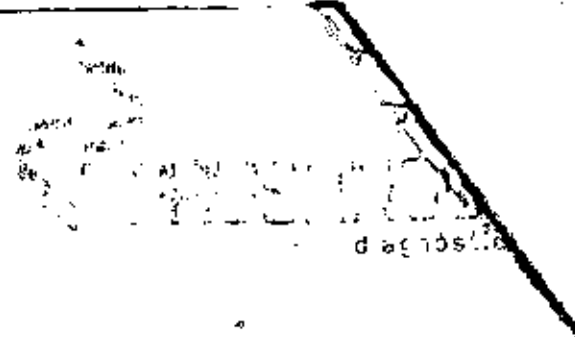
Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

- | | |
|---|--|
| de Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135 | Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmir Gouvêa, 49, Centro, Fone: 83 98184.1643 |
| de Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.7506 | Unidade Hospital João XXIII - Rua Vila Petrópolis, 81, Prata, Fone: 83 98198.4705 / 98198.4708 |
| de Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741 | Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.4011 |
| de Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151 | Unidade Esperança - Rua Juveniano Sobrinho, 159, Centro, Fone: 83 3361.2377 / 3361.2378 |
| de Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088 | Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezar de Almeida, 174, Fone: 83 98198.4705 / 98198.4708 |
| de José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720 | |

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Regulação para Laboratório Médico



Nome: FRANCISCO JOSE DA COSTA
 Data: 07/08/2017
 RA: 0116044438 Data de nascimento: 20/02/2017 - 09:43
 Data: 07/08/2017
 Local: HOSPITAL ANTONIO TARBINO
 Hora: 20/02/2017 - 09:07:54 Local: UTI GERAL



GLICERINA

Resultado: 0,73

CREATININA

Resultado: 0,73

Valor(es) de referência

mg/dL 4,00 - 12,00

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MORF)

Adulto não negro: 122

mL/min/1,73 m²

Adulto negro: 148

mL/min/1,73 m²

UREIA

Resultado: 42

Valor(es) de referência

mg/dL 14 - 33

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARBINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS



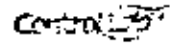
Dr. Talita Nunes Camargo
 CRM 15512/DF

Acesso aos resultados online: www.labprosan.net.com.br

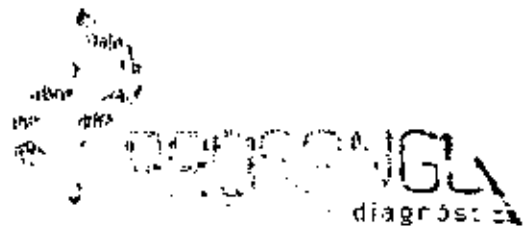
Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos e alterações fisiológicas, patológicas e outras. Aguarde o resultado e consulte o médico.

- | | |
|---|--|
| Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 250 Centro, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Catolé - AV. Vigário Catolé, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720 | Unidade Boa Vista - Rua José de Almeida, 17, Boa Vista, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Esperança - Rua João Barboza, 49, Centro, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Catolé - Rua João Barboza, 49, Centro, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742
Unidade Catolé - Rua João Barboza, 49, Centro, Fone: 83 98184.1741 / 98184.1742 |
|---|--|

CONTROLE DE QUALIDADE - CBPC
 Programa de Excelência para laboratórios médicos



Nome: FRANCISCO JOSE DA COSTA
Idade: 47 ANOS
CPF: 0110043057 Dt Coleta: 14/02/2017 - 00:24:34
Nome: VALERIANO SOARES AZEVEDO/4715
Onde: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Módulo: 14/02/2017 06:51:14 Local: UTI GERAL



GLICEMIA

Resultado

122

Valor(es) de referência

mg/dL

CREATININA

Resultado

0,68

Valor(es) de referência

mg/dL

Homens : 0,60 a 1,40
Mulheres : 0,50 a 1,30

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MORD)

Adulto não-negro

133

mL/min/1,73m²

Adulto negro

161

mL/min/1,73m²

UREIA

Resultado

42

Valor(es) de referência

mg/dL

POTÁSSIO

Resultado

4,70

Valor(es) de referência

mEq/L

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Acesse seus resultados online: www.labprosonora.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas usar o medicamento sob condições de laboratório.

- | | |
|--|---|
| Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135 | Unidade Hospitalar - Rua João de Deus, 100, Centro, Fone: 83 98184.1649 |
| Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2062 | Unidade Hospitalar - Rua João de Deus, 100, Centro, Fone: 83 98184.1649 |
| Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741 | Unidade Queimados - Rua João de Deus, 100, Centro, Fone: 83 98184.1649 |
| Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151 | Unidade Esperança - Rua Juvenília Sobrinha, 159, Centro, Fone: 83 3361.2000 |
| Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088 | Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezeiro de Almeida, 174, Fone: 83 3361.2000 |
| Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720 | |



(ref): FRANCISCO JOSE DA COSTA
 (idade): 47 ANOS
 (IA): 0110043057 DI Coleta: 14/02/2017 - 00:24:34
 (ref): VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115
 (convenio): SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 (emissao): 14/02/2017 - 09:51:14 Local: UTI GERAL



SÓDIO
Resultado

132,00

Valor(es) de referência
 130-140

CLORETO
Resultado

98

Valor(es) de referência
 96-106

Medicamento utilizado: 100 mg (100 mg) (100 mg)
 Nome do paciente: SÓDIO

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS



Laboratório
 Dr. Tânia Nunes Cardoso
 Rua...

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico pode interpretar os resultados.

Unidade Centro - Rua Sandra Barborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135	Unidade Hospital Antonio Targino - Rua... Centro, Fone: 83 98184.1741
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4043 / 98198.2505	Unidade Hospital João de Deus - Rua... Centro, Fone: 83 98184.1741
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1039, Prata, Fone: 83 98184.1741	Unidade Quimada - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9152	Unidade Esperança - Rua... Centro, Fone: 83 98184.1741
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088	Unidade Cataguaze - Rua... Fone: 83 98184.1741
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 3638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1741	

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Acreditação para Laboratórios Médicos



Controlado



paciente: FRANCISCO JOSE DA COSTA
idade: 67 ANOS
data: 01/06/2017 01:02:15 - 03:11:31
nome: JOSE ROBSON VIEIRA FARIAS/3313
unidade: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
data: 15/02/2017 - 08:42:24 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

PARÂMETRO	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemoglobina	3,66	mlh/mm3
Hematócrito	10,9	g/dL
Hemoglobina	13,7	g
H.C.M.	82,1	ml3
H.C.M.	29,8	pg
H.C.M.	32,3	g/dL
H.W.	12,9	
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
Leucócitos	8974	/mm3
Neutrófilos	0	0
Linfócitos	79	7089
Monócitos	1	30
Eosinófilos	0	0
Basófilos	16	1436
Linfócitos atípicos	0	0
Neutrófilos	4	359
Série Branca:	Neutrofilia.	
PLAQUETAS	354000	/mm3
Série Plaquetária:	Plaquetas normalia ao exame do esfregaço.	

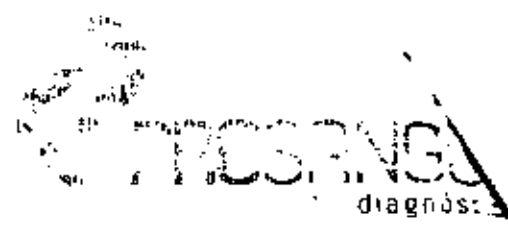
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



Acesse seus resultados online: www.labprosangua.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 3102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Odonato, 25, Centro, Fone: 83 3063.0088 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98183.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Bärros, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5083
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.7201
Unidade Hospital - Rua João Carlos de Oliveira, 545, Centro, Fone: 83 98184.1503
Unidade Hospital - Rua João Carlos de Oliveira, 545, Centro, Fone: 83 98184.1503
Unidade Hospital - Rua João Carlos de Oliveira, 545, Centro, Fone: 83 98184.1503
Unidade Hospital - Rua João Carlos de Oliveira, 545, Centro, Fone: 83 98184.1503



FRANCISCO JOSE DA COSTA

47 ANOS

09/00/3135 DI Costa 15/02/2017 - 03:11:31

JOSE ROBSON VIEIRA FARIAS/3313

SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO

15/02/2017 - 08:42:24 Local: UTI GERAL

GLICEMIA

Resultado

129

Valor(es) de referência

mg/dL

CREATININA

Resultado

0,70

Valor(es) de referência

mg/dL

TAUXO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro

129

mL/min/1,73 m²

Adulto negro

156

mL/min/1,73 m²

UREIA

Resultado

44

Valor(es) de referência

mg/dL

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS**



Dra. Tábata Nunes Carahua
CRM: 100.000.000-00

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Opções de interpretação de resultados.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 51, Centro, Fone: 33 2102.5577/98838.9135	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua José Pinheiro, 463B, José Pinheiro, Fone: 33 98834.1720
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 33 3063.4048/98198.2306	Unidade Hospital José Ximenes - Rua José Pinheiro, 463B, José Pinheiro, Fone: 33 98834.1720
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 33 98184.1741	Unidade Queimadas - Rua João Barboza, 49, Centro, Fone: 33 99405.6111
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 33 98838.9151	Unidade Esperança - Rua Juvenino Sobrinho, 159, Centro, Fone: 33 3361.2222
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 33 3053.5577/98840.5088	Unidade Catingueira - Rua J. Carlos de Almeida, 17-A, Fone: 33 3361.2222
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 33 98834.1720	

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Controlado



Nome: FRANCISCO JOSE DA COSTA
Idade: 47 ANOS
CPF: 0110043136 Di Coleta: 15/02/2017 - 03:11:31
Paciente: JOSE ROBSON VIEIRA FARIAS/3313
Instituição: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Data: 15/02/2017 - 08:42:24 Local: UTI GERAL



POTÁSSIO

Resultado

4,50

Valor(es) de Referência

mEq/L

SÓDIO

Resultado

134,00

Valor(es) de Referência

mEq/L

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas se a sua tem condições de interpretação.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61 - Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Deodoro Figueiredo, 100 - Centro, Fone: 83 98184.1741
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 251 - Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506	Unidade Hospital José (Zé) - Rua Nereu de Azevedo, 100 - Centro, Fone: 83 3372.2000
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049 - Prata, Fone: 83 98184.1741	Unidade Quilombada - Rua Francisco de Paula, 100 - Centro, Fone: 83 3372.2000
Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1493 - Cruzeiro, Fone: 83 98838.9135	Unidade Santa Helena - Rua Santa Helena, 100 - Centro, Fone: 83 3372.2000
Unidade Católica - Av. Vitoriano Galvão, 877 - Católica, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5085	Unidade Santa Helena - Rua Santa Helena, 100 - Centro, Fone: 83 3372.2000
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4636 - José Pinheiro, Fone: 83 98184.1741	Unidade Santa Helena - Rua Santa Helena, 100 - Centro, Fone: 83 3372.2000

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Associação de Excelência em Laboratórios



Control Lab



1. FRANCISCO JOSE DA COSTA
 2. 47 ANOS
 3. 0110043188 Di. Coleia. 16/02/2017 - 00:00:08
 4. JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024
 5. SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 6. Missão: 16/02/2017 - 07:40:38 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA	Valores Encontrados
Hemácias	3,23
Hemoglobina	9,9
Hematócrito	29,0
H.C.M.	89,8
H.C.M.	30,3
H.C.M.	33,8
RDW	13,5

Valores de Referência
ml/dl/mm3
g/dl
%
ml
SS
g/dl

Normocitose. Normocromia.

Série Vermelha:

LEUCOGRAMA

Leucócitos	15261	/mm3
Bastonetes	9	458
Segmentados	75	11446
Neutrófilos	1	153
Eosinófilos	0	0
Linfócitos	15	2280
Linfócitos atípicos	0	0
Monócitos	6	915

Leucocitose. Neutrofilia.

Série Branca:

PLAQUETAS	350000	/mm3
-----------	--------	------

Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Série Plaquetária:

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

Dr. Jario Clementino de Araújo
 CRM: 10043188
 RPPS: 10043188



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Por isso, seu médico tem condições de interpretá-los.

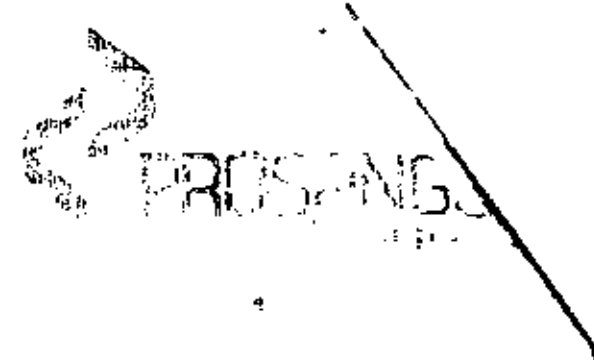
Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 161, Centro, Fone: 83 2102-5577/98838-3135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063-4048/98198-2505
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 99184-1741
 Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838-9151
 Unidade Católica - Av. Vigário Callisto, 877, Católica, Fone: 83 3063-5577/98840-5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184-1720
 Unidade Hospital Antonio Targino - Rua Manoel de Oliveira, 245, Centro, Fone: 83 99184-1741
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Manoel de Oliveira, 245, Centro, Fone: 83 99184-1741
 Unidade Queimadas - Rua Manoel de Oliveira, 245, Centro, Fone: 83 99184-1741
 Unidade Esperança - Rua Manoel de Oliveira, 245, Centro, Fone: 83 3361-2222
 Unidade Canagóia - Rua Felizardo Sequeiro de Almeida, 17-A, Fone: 83 3361-2222

CONTROLE DE QUALIDADE - SEPC
 Programa de Qualidade para Laboratório Médicos



Control Lab

(R): FRANCISCO JOSE DA COSTA
Idade: 47 ANOS
A: 0110043186 Dt Coleta: 16/02/2017 - 00:00
(R): JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024
Unidade: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Início: 16/02/2017 - 07:42:38 Local: UTI GERAL



POTÁSSIO

Resultado: 131,00
Unidade: mmol/L
Referência: 3,5 - 5,5

Unidade: mmol/L
Referência: 3,5 - 5,5

SÓDIO

Resultado: 131,00
Unidade: mmol/L
Referência: 135 - 145

Valor(es) de referência
mmol/L

CLORETO

Resultado: 106
Unidade: mmol/L
Referência: 98 - 108

Valor(es) de referência
mmol/L

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

LAB PROSANGUE
RUA CALISTO, 877 - CATOLÉ - PE
CEP: 55.000-000



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Responda: Não tem como interpretar.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 32102557 / 98835333
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 30634048 / 98835333
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 981841741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 988385131
Unidade Catolé - AV. Vigário Calisto, 877, Catolé, Fone: 83 30631557 / 98835333
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 981841720

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC



Control Lab



Sr(a): **FRANCISCO JOSE DA COSTA**
 Idade: **47 ANOS**
 RA: **0110043266** Dt Coleta: **17/02/2017 - 23:57:05**
 Dr(a): **GILNEY PORTO/6542**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **17/02/2017 - 07:28:12** Local: **UTI GERAL**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores / Referência
Hemácias	3,38	milh/mm3 3.10 a 6.70
Hemoglobina	10,0	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 16/02/17 (9,8) 15/02/17 (10,9) 14/02/17 (10,8)		
Hematócrito	31,1	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	92,0	fL 80,0 - 98,0
Resultados Anteriores: 16/02/17 (89,8) 15/02/17 (92,1) 14/02/17 (91,4)		
H.C.M.	29,6	pg 26,0 - 32,0
Resultados Anteriores: 16/02/17 (30,3) 15/02/17 (29,8) 14/02/17 (30,1)		
C.H.C.M.	32,2	g/dL 31,0 - 36,0
RDW	14,1	% 11,0 - 14,5
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	14130	/mm3 3800 - 10000
Resultados Anteriores: 16/02/17 (15261) 15/02/17 (9974) 14/02/17 (7964)		
Bastonetes	2	283 0-2 0-500
Segmentados	70	9891 45-67 1.820-5.700
Eosinófilos	1	141 1-5 36-500
Basófilos	0	0 0-2 0-100
Linfócitos	20	2826 20-35 500-3.500
Linfócitos atípicos	0	0 0-1 0-100
Monócitos	7	993 2-10 72-1100
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
PLAQUETAS	385000	/mm3 140.000 - 450.000
Resultados Anteriores: 16/02/17 (350000) 15/02/17 (354000) 14/02/17 (292000)		
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	
Metodo: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80		
Material: SANGUE TOTAL		

**PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS**



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretar os

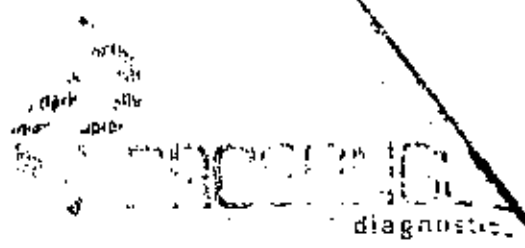
Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2192.5577/99838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4088/98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9153
 Unidade Catolé - Av. Major Calisto, 872, Catolé, Fone: 83 3063.5577/98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720
 Unidade Hospital Antonio Targino - Rua Delmigo Gouveia, 349, Centro, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Hospital São XXIII - Rua Nilo Pecanha, 83, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Lima, 49, Centro, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Esperança - Rua Juvenal Sobrinho, 159, Centro, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Serejo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98184.1741

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Controlado

(a): FRANCISCO JOSE DA COSTA
idade: 47 ANOS
C: 0110043266 Dt Coleta: 17/02/2017 - 23:57:11
(a): GILNEY PORTO3842
invenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
nissão: 17/02/2017 - 07:28:12 Local: UTI GERAL



GLICEMIA

Resultado: 107
Resultados Anteriores: 16/02/17 (108)15/02/17 (103)14/02/17 (103)
Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência
mg/dL 80 a 130

CREATININA

Resultado: 0,61
Resultados Anteriores: 16/02/17 (0,83)15/02/17 (0,70)14/02/17 (0,70)

Valor(es) de referência
mg/dL Homens: 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 1,20

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (Ml/min/1,73m2)

Adulto não-negro: 151
Resultados Anteriores: 16/02/17 (106)15/02/17 (129)14/02/17 (103)
Adulto negro: 182
Resultados Anteriores: 16/02/17 (128)15/02/17 (156)14/02/17 (161)
Valores de referência:

ml/min/1,73m2
Adulto não-negro: 90 a 120
Adulto negro: 90 a 130

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:
- Ritmo de filtração glomerular(RFG) é o melhor parâmetro de função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 indicam doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levem à desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:
Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

UREIA

Resultado: 46
Resultados Anteriores: 16/02/17 (40)15/02/17 (44)14/02/17 (42)

Valor(es) de referência
mg/dL 10 a 30

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

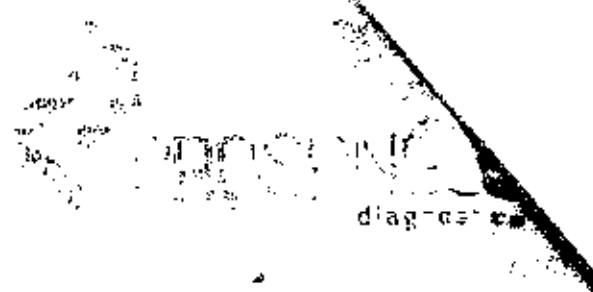


Acesse seus resultados online: www.laboratorio.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas o médico tem condições de interpretá-los.

Endereço: Rua Sandra Borelli, 621 Centro, Fone: 83 3361.3333
Endereço: Rua Sebastião Dantas, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 3048.2506
Endereço: Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Endereço: Av. Almirante Barroso, 1493, Centro, Fone: 83 98184.9151
Endereço: Av. Afonso Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 988405088
Endereço: Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Pr(a): FRANCISCO JOSE DA COSTA
idade: 47 ANOS
RA: D110043266 DI Celular: 171027017 - 23-52-11
Dr(a): GILNEY PORTO/6542
Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Emissão: 17/02/2017 - 07:28:12 Local: UTI GERAL



POTÁSSIO

Resultado: 3,5
Resultados Anteriores: 16/02/17 (4,36) 15/02/17 (4,5) 14,72
Metodo: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

Referencia: 3,5 a 5,5

SÓDIO

Resultado: 134,00
Resultados Anteriores: 16/02/17 (131,06) 15/02/17 (134,00) 13,11
Metodo: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

Valor(es) de referência: 135 a 145

CLORETO

Resultado: 99
Resultados Anteriores: 16/02/17 (98) 14/02/17 (98)
Metodo: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

Referencia: 96 a 106

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Reservas seu médico tem condições de interpretar.

Unidade Centro - Rua Sandoz, Borborema, 61, Centro, Fone: 83 3102 5577 / 33318 9135	Unidade Hospital - Rua Sandoz, Borborema, 61, Centro, Fone: 83 3102 5577 / 33318 9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063 4048 / 98198 2506	Unidade Queimados - Rua João Batista, 49, Centro, Fone: 83 9940 77
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184 1731	Unidade Esperança - Rua Vinícius, 159, Centro, Fone: 83 3361 7
Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838 9151	Unidade Cataguás - Rua Felizardo, 17-A, Fone: 83 3361 7
Unidade Catolé - Av. Vigário Calixto, 277, Catolé, Fone: 83 3063 5577 / 98840 5038	
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4618, José Pinheiro, Fone: 83 98184 1720	



FRANCISCO JOSE DA COSTA

Idade 47 ANOS

Nº 0110643312 Dt Coleta: 18/02/2017 - 01:22:55

Nome JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024

Residência SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Assão 18/03/2017 - 07:45:15 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA - Hemograma

HEMOGRAMA

Valores Encontrados

Valores de Referência

Hemácias	3,48
Hemoglobina	10,9
Hematócrito	32,0
H.C.M.	92,0
H.C.M.C.	29,6
H.C.M.C.	32,2
H.C.M.	13,9

mla/mm ³	4.000.000
g/dl	12.0
%	36.0
f	92.0
pg	29.6
g/dl	32.2

Área Vermelha: Normocitose, Normocromia

LEUCOGRAMA

Leucócitos	13514
Neutrófilos	2
Linfócitos	68
Monócitos	1
Eosinófilos	0
Basófilos	24
Plasmócitos	0
Metamórficos	5

/mm ³	4000 - 11000
%	57 - 70
%	27 - 40
%	3 - 8
%	1 - 5
%	0 - 4
%	0 - 2

Área Branca: Leucocitose, Neutrofilia

PLAQUETAS 400000

/mm³ 150.000 - 400.000

Área Plaquetária: Plaquetas normais ao exame de esfregaço

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

18/03/2017
07:45:15

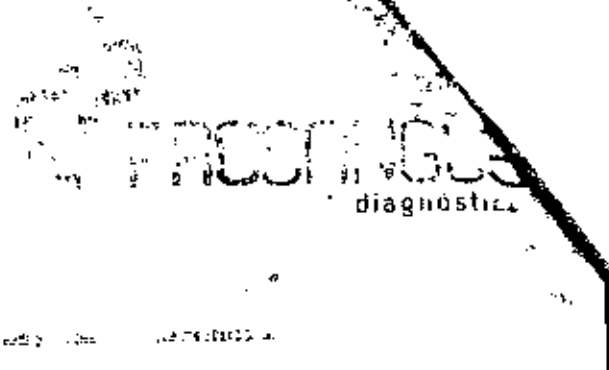


Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro: Rua Sandra Boracema, 511, Centro, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578	Unidade Vila Rica: Rua Manoel de Medeiros, 100, Vila Rica, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578
Unidade Integração: Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 85 3063-4048 / 3063-2506	Unidade Hospital: Rua Manoel de Medeiros, 100, Vila Rica, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578
Unidade Prata: Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 85 9818-1741 / 9818-1742	Unidade Quimada: Rua Manoel de Medeiros, 100, Vila Rica, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578
Unidade Cruzeta: Av. Almirante Barroso, 11493, Cruzeta, Fone: 85 9883-9151	Unidade Lapa: Rua Manoel de Medeiros, 100, Vila Rica, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578
Unidade Catolé: Av. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 85 3063-5577 / 3063-5578	Unidade São José: Rua Manoel de Medeiros, 100, Vila Rica, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578
Unidade José Pinheiro: Rua Campos Sales, 1453B, José Pinheiro, Fone: 85 9818-1741 / 9818-1742	Unidade São José: Rua Manoel de Medeiros, 100, Vila Rica, Fone: 85 3102-5577 / 3102-5578

FRANCISCO JOSE DA COSTA
47 ANOS
0110043312 Data de nascimento: 12/02/1967 - 01/22
JANIO CLEMENTINO DE SAUJO/3024
SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
01/02/2017 - 07:45:18 Local: UTI GERAL



HEMOGLOBINA

Resultado: **104**
 Unidade: g/dL
 Referência: 13,0 - 16,0 g/dL (homens)

Valor(es) de referência:
 13,0 - 16,0 g/dL

CREATININA

Resultado: **0,70**
 Unidade: mg/dL
 Referência: 0,6 - 1,2 mg/dL

Valor(es) de referência:
 0,6 - 1,2 mg/dL

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADO (ML/min)

Adulto não negro: **129**
 Adulto negro: **156**
 Unidade: mL/min/1,73 m²

Valor(es) de referência:
 90 - 120 mL/min/1,73 m²

UREIA

Resultado: **35**
 Unidade: mg/dL
 Referência: 10 - 25 mg/dL

Valor(es) de referência:
 10 - 25 mg/dL

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

20/02/2017
 07:45:18
 0110043312



Acesso seus resultados online: www.laboratoriosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Resultados devem ser interpretados com cautela.

Unidade Centro - Rua Santa Bernadina, 81, Centro, Fone: 33 3053 4040 / 98 193 2500 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 33 3053 4040 / 98 193 2500 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 33 98194 1741 / 98 193 2500 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Balthazar, 1493, Cruzeiro, Fone: 33 988638 9151 / 98 193 2500 Unidade Catolé - AV. Vigário Celso, 877, Catolé, Fone: 33 3063 5977 / 98 840 8088 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4538, José Pinheiro, Fone: 33 98188 1720 / 98 193 2500	Unidade Queimados - Rua João de Deus, 100, Queimados, Fone: 33 99405 1111 / 98 193 2500 Unidade Espinosa - Rua João de Deus, 100, Espinosa, Fone: 33 3361 2111 / 98 193 2500 Unidade Cataguás - Rua João de Deus, 100, Cataguás, Fone: 33 3361 2111 / 98 193 2500
---	---

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Clínicos



Controla



FRANCISCO JOSE DA COSTA

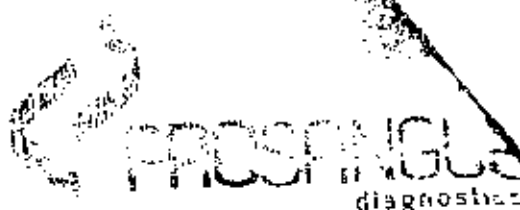
47 ANOS

0113043312 D. Costa 18/02/2017 - 01:22:55

JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3021

SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO

18/02/2017 - 07:45:16 Local: UTI GERAL



Valor(es) de referência

mg/dL

4.63

Valor(es) de referência

mg/dL

135.00

Valor(es) de referência

mmol/L

99

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Milton Roberto
Supervisor Técnico
0113043312



Accesse seus resultados online: www.fabprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico pode fazer a interpretação.

Idade Centro - Rua Santa Borboleta, 161 - Centro - Fone: 83 3105-3577 / 98898-5135	Unidade Hospital Amador
Idade Integração - Rua Sebastião Donato, 25 - Centro - Fone: 83 3063-4008 / 98198-506	Unidade Hospital São
Idade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049 - Prata - Fone: 83 9818-1701	Unidade Oboimada - Rua João Barboza, 492 - Centro - Fone: 83 99405
Idade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1093 - Cruzeiro - Fone: 83 98838-9151	Unidade São João - Rua
Idade Católica - Av. Virgílio Calvão, 477 - Católica - Fone: 83 3063-5577 / 98840-5088	Unidade São João - Rua
Idade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638 - José Pinheiro - Fone: 83 98184-1720	Unidade Catingueira - Rua

CONTROLE DE QUALIDADE - SRT C

Controlar



PROSANGUE

LABORATÓRIO

Nome: FRANCISCO JOSÉ DA COSTA
Idade: 47 ANOS
CPF: 0110043362 DI Coleta: 19/02/2017 - 22:38:49
Título: DORIVAL JOSE DE A. JUNIOR/7130
Instituição: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Data de Coleta: 19/02/2017 - 07:34:34 Local: UTI GERAL

HEMOGRAMA COMPLETO

EXAME	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemoglobina	3,73	milh/mm3
Hematócrito	11,0	g/dL
Hematócrito	34,3	%
Hemácias	92,0	mm3
Hemácias	29,5	mm3
Hemácias	32,1	g/dL
Hemácias	13,9	
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	

LEUCOGRAMA

Leucócitos	13364	/mm3
Neutrófilos	2	267
Segmentados	68	9088
Eosinófilos	1	134
Linfócitos	0	0
Monócitos	24	3207
Linfócitos atípicos	0	0
Monócitos	5	656
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
Plaquetas	435000	/mm3
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame no esfregaço.	

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Assinatura do médico responsável



Accesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro: Rua Sandra Borborema, 601, Centro, Fone: 83 3102 5577 / 98838 9133	Unidade Hospital Antonio Targino: Rua do Rio, 100, Centro, Fone: 83 333 84 15
Unidade Integração: Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3059 4068 / 98188 1504	Unidade Hospital São Paulo: Rua Nereu de Azevedo, 100, Centro, Fone: 83 333 4707
Unidade Prata: Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 4813 1717 / 98188 1504	Unidade Quiladão: Rua do Boqueirão, 100, Centro, Fone: 83 333 4707
Unidade Cruzado: Av. Almirante Bártolo, 1493, Cruzado, Fone: 83 38838 9151	Unidade Luperon: Rua Luperon, 100, Centro, Fone: 83 333 4707
Unidade Catolé: Av. Vigarão Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063 5577 / 98188 1504	Unidade Luperon: Rua Luperon, 100, Centro, Fone: 83 333 4707
Unidade José Pinheiro: Rua Campos Sales, 4630, José Pinheiro, Fone: 83 38838 9151	

CONTROLE DE QUALIDADE - SEPC
Programa de Qualidade para Laboratórios Nacionais



Control Lab

PAI FRANCISCO JOSE DA COSTA
MOR 47 ANOS
N 09100643362 Data de Nasc 09/12/2017 - 22:32:45
MOR DOGRIVAS, JOSE DE A. JUNIOR/7130
MOR SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
MOR 09/12/2017 - 09:34:04 Local: UTI GERAL



GLICEMIA

Resultado 100 mg/dL
Valor(es) de Referência 80 - 120 mg/dL
Observação: Glicemia em jejum. Paciente em jejum.

CREATININA

Resultado 0,81 mg/dL
Valor(es) de Referência 0,6 - 1,2 mg/dL
Observação: Creatinina em jejum. Paciente em jejum.

TESTE DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (eGFR)

Adulto não-negro 109 mL/min/1,73 m2
Adulto negro 131 mL/min/1,73 m2
Observação: eGFR estimado com base na creatinina e idade.

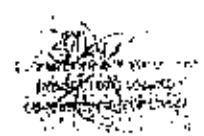
INFORMACAO DO LUGAR DE INTERESSA A 80 (LUGAR DE INTERESSA)

Informação de filtragem glomerular estimada (eGFR) e a medida da taxa de filtração glomerular (TFG) são importantes para a avaliação da função renal. O eGFR é calculado com base na creatinina e na idade, enquanto a TFG é determinada por métodos mais complexos, como a infusão de substâncias marcadas. Ambos os valores são expressos em mL/min/1,73 m2.

ASTA

Resultado 35 mg/dL
Valor(es) de referência 0 - 40 mg/dL
Observação: ASTA em jejum. Paciente em jejum.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

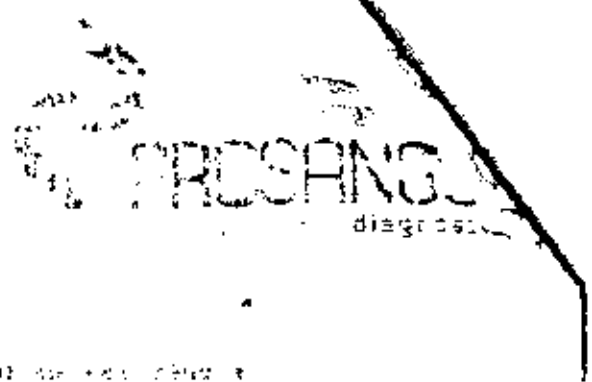


Acesse seus resultados online: www.fasprcearig.e.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borghese, 101 - Centro - Fone: 83 34025577 / 34038993	Unidade Hospital - Rua Sebastião Donato, 25 - Centro - Fone: 83 30634043 / 30634255
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049 - Prata - Fone: 83 98184174 / 98184175	Unidade Hospital - Rua Sebastião Donato, 25 - Centro - Fone: 83 30634043 / 30634255
Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Balthazar, 1493 - Cruzeiro - Fone: 83 98184175 / 98184176	Unidade Hospital - Rua Sebastião Donato, 25 - Centro - Fone: 83 30634043 / 30634255
Unidade Catolé - Av. Virgílio Calixto, 877 - Catolé - Fone: 83 30635577 / 98840508	Unidade Hospital - Rua Sebastião Donato, 25 - Centro - Fone: 83 30634043 / 30634255
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638 - José Pinheiro - Fone: 83 98184172 / 98184173	Unidade Hospital - Rua Sebastião Donato, 25 - Centro - Fone: 83 30634043 / 30634255

pt FRANCISCO JOSE DA COSTA
idade 47 ANOS
at 01100000000 01/01/2017 00:00:00
(pt) DORNIVAL JOSÉ DE A. JUNIOR/131
convenio SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
missão, 19/02/2017 - 07:34:34 Local: UTI GERAL



POTÁSSIO
Resultado 5,00
Unidade de medida mmol/L
Intervalo de referência 3,5 - 5,5

Valor(es) de referência
mmol/L

SÓDIO
Resultado 135,00
Unidade de medida mmol/L
Intervalo de referência 132 - 142

Valor(es) de referência
mmol/L

CLORETO
Resultado 95
Unidade de medida mmol/L
Intervalo de referência 92 - 106

Valor(es) de referência
mmol/L

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

LABORATÓRIO PROSANG
RUA JOÃO BARROS, 18 - CENTRO
FONE: 33 99405111

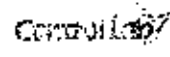


Acesse seus resultados online: www.laborprosang.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outros. Não use álcool nem condicione de qualquer forma.

Unidade Centro - Rua Barbosa de Aguiar, 61, Centro, Fone: 33 2102 3577 / 98668 9168	Unidade Esperança - Rua Livino, 198, Centro, Fone: 33 3361 2200
Unidade Integração - Rua Sebastião Daltro, 25, Centro, Fone: 33 3063 4048 / 98198 2506	Unidade Carriacelva - Rua Felipe José Camarão de Almeida, 17-A, Fone: 33 98184 1720
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 33 98184 17411	
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 33 98838 9151	
Unidade Catolé - AV. Vigário Calisto, 877, Catolé, Fone: 33 3063 5577 / 98840 5088	
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 33 98184 1720	

CONTROLE DE QUALIDADE - SBC
Programa de Qualidade para Laboratórios SBC



Nome: FRANCISCO JORGE DA COSTA
 Idade: 47 anos
 RA: 0110740418 D.O.B: 20/06/2017 - 01:11:11
 Sexo: MASCULINO
 Convenção: SUS - HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
 Emissão: 20/02/2017 - 09:07:54 Local: UTI GERAL

diagnóstico

POTÁSSIO

Resultado

4.1

Valor(es) de referência

3.5 - 5.5

SÓDIO

Resultado

138,00

Valor(es) de referência

135 - 145

CLORETO

Resultado

97

Valor(es) de referência

95 - 105

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

Dr. Tarciso de Jesus Gomes
 Responsável Técnico
 CRM - 11467

Acesse seus resultados online: www.tabprosa.net.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Idade Centro - Rua Santa Bárbara, 61 - Centro - Fone: 83 3002.3571	Unidade Hospital
Idade Integrado - Rua Santa Bárbara, 251 - Centro - Fone: 83 3002.3571	Unidade Hospital
Idade Grata - Rua Rodrigues Alves, 1019 - Prata - Fone: 83 9818.7111	Unidade Queimados - Rua João Barreto, 725 - Centro - Fone: 83 3361.2
Idade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493 - Cruzeiro - Fone: 83 98838.9111	Unidade Esperança - Rua Vinícius, 101 - Centro - Fone: 83 3361.2
Idade Catolé - AV. Vigário Celso, 877 - Catolé - Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088	Unidade Cataguás - Rua Celso, 101 - Cataguás - Fone: 83 3361.2
Idade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638 - José Pinheiro - Fone: 83 9818.7111	

Paciente: FRANCISCO JOSÉ DA COSTA

Data do Exame: 06/02/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica e Lombar

Técnicas: Foram realizadas cortes coronais, sagitais e axiais com espessura de 3 mm.

Indicação: Aclamação de lesão com TET 100.

Análise:

- Em T4 evidenciamos fratura na porção anterior do corpo vertebral, com ~~medida de 1,0 cm~~ altura, sem deslocamento do muro posterior e fratura linear no processo ~~transverso~~.
- Em T5 evidenciamos fratura explosiva do corpo vertebral, com ~~medida de 1,0 cm~~ deslocamento do muro posterior de 1,0 cm, causando redução da amplitude do canal ~~vertebral~~ e fratura no processo transverso direita e esquerda.
- Em T6 evidenciamos fratura explosiva do corpo vertebral, com ~~medida de 1,0 cm~~ deslocamento do muro posterior de 1,0 cm, causando redução da amplitude do canal ~~vertebral~~ e fratura no processo transverso direita e esquerda. Nesta vértebra existe ainda fratura no arco posterior, ~~processos transversos e lâminas posteriores~~.
- Em T7 evidenciamos fratura no processo transverso direita, com ~~medida de 1,0 cm~~.
- A coluna apresenta alterações degenerativas, com ~~medida de 1,0 cm~~.
- Os corpos vertebrais apresentam alterações degenerativas, com ~~medida de 1,0 cm~~.
- Lâminas dos corpos vertebrais com alterações degenerativas, com ~~medida de 1,0 cm~~.
- Corais lâminas e pedículos de aspecto normal.
- Discos intervertebrais com forma e densidade habituais.
- Bases dos corpos vertebrais com alterações degenerativas, com ~~medida de 1,0 cm~~.
- Na avaliação parcial da torax evidenciamos:
 - 1. Fratura da porção anterior do corpo vertebral T5, T6 e T7 com deslocamento de 1,0 cm.
 - 2. Fratura da porção anterior do corpo vertebral T5, T6 e T7 com deslocamento de 1,0 cm.
 - 3. Fratura da porção anterior do corpo vertebral T5, T6 e T7 com deslocamento de 1,0 cm.
 - 4. Fratura da porção anterior do corpo vertebral T5, T6 e T7 com deslocamento de 1,0 cm.

Dr. Arthur José Ventura de Azevedo

CRM 3.046

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

LAUDO RADIOLOGICO

FRATURA DE ESCAPULA

O EXAME MOSTRA FRATURA DE COLUNA COM OSTEOSINTESE

DATA 13, 02, 17

MEDICO
NORM 30
RADIOLOGIA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TROIANO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



HOSPITAL ANTONIO TARGINO

O HOSPITAL DO ACIDENTADO

RUA DELMIRO OLIVEIRA, 442 - CEP 08107-730 - POINTE GDS 341-0780 FAX 080 3454112
CAMPINA GRANDE - PB - CEP 53010-970 13.80007-03
WWW.HAT.COM.BR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que Francisco José

da Silva, portador da
carteira profissional Nº 1 esteve

internado nesse nosocômio de 13, 2, 17 a

23, 02, 17, necessitando de 120 unidades

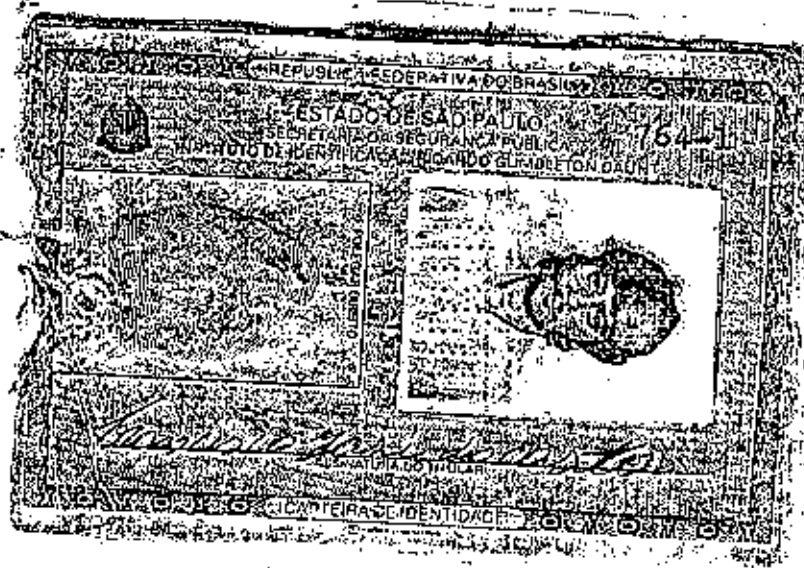
dias de afastamento de suas atividades

1 unidade, a partir desta data por
motivo de doença.

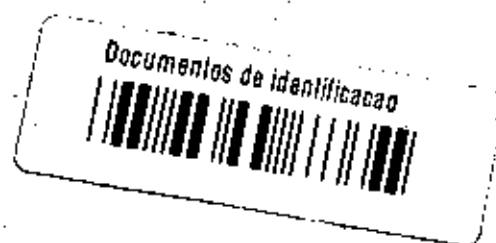
G.I.D.: M 34 -
542

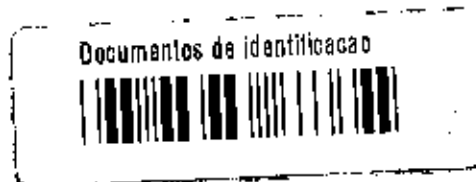
Campina Grande, 23, 2, 17

Ass. Médico - C.R.M.



192 014 228 - 22





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CATEGORIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

0409744004 01/09/2017 15/05/2027

FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO
 SAYONARA ARRUDA GONCALVES

590991098

PROVIDO PLASTIFICAR

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10781637

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 2.800/94)

Documentos de identificação

10781637

RECEBIDO

13 NOV. 2017

DELEGADOR
 BBMAFPI

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO
 SAYONARA ARRUDA GONCALVES

CAMPINA GRANDE-PB

3259480 - SSP/PB

25/02/2015



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade, profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais. (Artigo 13 da Lei 8.906, de 04-07-94)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Matrícula nº

17789

Nome

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

Aluno de

FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO & SAYONARA

ATÍLIA GONÇALVES

Residência

CAMPINA GRANDE - PB

Nacionalidade

BRASILEIRO

Data de nascimento

06/05/1985

Data de comparecimento ao O.A.B.

20/05/2012

Data de validade do O.A.B.

07/05/2012

Data de validade do O.A.B.

07/05/2012

Ata, 20/05/2012

VITAL BIZERRA LOPES
PRESIDENTE

RECEBIDO

26-ABR-2012

GRUPO SEGUADOR
B9MAFPRE



COLEGAR DIREITO



Nº

10781637

Assinatura do Titular da Carteira

3

Anotações Gerais

4

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Toda o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela distração.

Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



97666-000296

Assinatura do Portador

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Alberio Porto de Oliveira Neto
 Loc. Nasç.: C. GRANDE PA 06.09.88
 Filiação: FRANCISCO PORTO DE OLIVEIRA NETO
DE SODRAGA G. RIBEIRO GONCALVES
 Doc. Nº Carteira: 81.352-PR - 095x-lax - A-71

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: 1 Doc. Ident. Nº: 1
 Exp. em: 1 Estado: 1
 Obs.: 1
 Data Emissão: 10 DE 12004 DRT C. GRANDE - PB

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregado

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: 1
 Doc.: 1
 Nome: 1
 Doc.: 1
 Nome: 1
 Doc.: 1
 Nome: 1
 Doc.: 1
 Est. Civil: 1
 Doc.: 1
 Est. Civil: 1
 Doc.: 1
 Nascimento: 1
 Doc.: 1

RECEBIDO

216 ABR 2016

GRUPO SEGURODE
 BRMAEPRI

CONTRATO DE TRABALHO

Empresa LOTERIA CASTELO DE OURO LTDA
 CNPJ: 04.600.629/0001-23
 End.: RUA MAMEDE MOISES RAIA
 CEP: 58103-383 Cidade: CAMPINA GRANDE PB
 Esp. do estabelecimento: CASAS LOTERICAS
 Cargo: OPERADOR DE CAIXA CBO 421125
 Data admissão: 01/04/2009
 Registro nº 1 Folha: 13
 Remuneração especificada: 465,00
 (Quatrocentos e Sessenta e Cinco Reais)

Adriana Venâncio Almeida
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 13.012.814.7

1º 2º
 Data saída 01 de DEZEMBRO de 2009.

Adriana Venâncio Almeida
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º F.G.T.S.
 Com. Dispensa CD Nº 15.01.10

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MP
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 010099899989

8531476117

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20132000005644-6

VIA

1

COD RENAVAM

0016299730-2

RNTRC

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ADRIANO VICENTE DA SILVA

SITIO LAJES SN

ZONA RURAL

58140000 AREIAL-PB

CPF/CNPJ

01580148476

PLACA

NET3858/PB

NOME ANTERIOR

JOSE EDIVANILDO BALBINO

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KC15109R107505

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANIV FAB

2009

ANIV C

2009

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PRC DOMINANTE

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KC15E19107505

AREIAL-PB

210052

RECEBIDO

03 ABO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

03/09/2013

13749

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435975

Cidade: Puxinanã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO JOSE DA COSTA

Data do acidente: 06/02/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR TORÁCICO.
FRATURA DE VÉRTEBRA T6.

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM ATROFIAS, SEM EDEMAS.
APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM MSE NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS); SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE FORÇA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO CARRO-MOTO NO DIA 06/02/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE VÉRTEBRA T6. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA NO DIA 21/02/2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

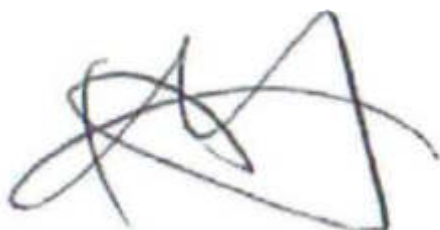
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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.

Número do Sinistro: **3170435975**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO JOSE DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA 14 DE OUTUBRO, 38 - CENTRO - Areial - PB - CEP 58140-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **29.420.679-6**

Data e local do acidente: [**06/02/2017**] **PUXINANÃ**

Data e local do exame: [**17/05/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA RAQUIMEDULAR TORACICO

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO CARRO-MOTO NO DIA 06/02/2017; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE VERTEBRA T6. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA NO DIA 21/02/2017. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM MSE NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS); SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE FORÇA.

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

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM ATROFIAS, SEM EDEMAS

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

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM MSE NA ABDUÇÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS), NA FLEXÃO (DEFICIT DE 90 GRAUS); SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE FORÇA.

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

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

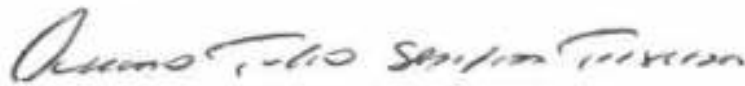
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ALFREDO PINTO		Nome da Vítima FRANCISCO JOSE DA COSTA	CPF da Vítima 19201422822
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 Declaração de ausência de laudo do IML 0301427/17	
		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) ☐ Tempo 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 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

RECEBIDO

03 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ENTRADA

Adriano Vicente da Silva



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

53.541.677-5

DATA DE EXPIRAÇÃO 30/JUN/2009

NOME ADRIANO VICENTE DA SILVA

FILIAÇÃO MANUEL VICENTE DA SILVA

E MARIA EMILIANO DE BRITO

NATURALIDADE ESPERANÇA -PB

DATA DE NASCIMENTO 14/MAR/1987

DOC ORDEM ESPERANÇA PB

AREIAL

CN: LV.A04 /FLS.243V/N.003815

CPF 015801484-76

16 De Maio de 2009

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECEBIDO

03 ABO. 2017

GRUPO SEGURADOR BBMAFPRE

CPF

Carteira de Pessoa Física

Ministério da Justiça

015801484-76

14/03/2017

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE AREIAL-PB

Rua São João, 209, Centro, areial@cartonotarial.com.br, Areial-PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido.

Dou fé. (Art.365-III do CPC)

Areial-PB-25/05/2017

Selo Digital: AFC25555-FD36

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$2,77 Farpem R\$0,27 MP R\$0,04 Fepi R\$0,55

João Vitor

Embalado

CORREIOS

AORIANO VICENTE DA SILVA
RUA PROJETAÇÃO, S/N - CENTRO
AREAL/PB CEP: 58140-000 (AQ: 11)

energisa

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade/Estado: RESIDENCIAL / BARRA REINDA MONOFÁSICO B 230, Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Telefone: 3 - 74 - 403 - 3570 Referência: Vair / 2017 CNPJ 08.025.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.923-0
Nº medidor: 0000888040 Emissão: 08/05/2017

-Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 000 231 370
Código para DTE e Autenticação: 00012162903

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1714505-3**

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme prevista na Lei 12.007 de 29 de julho de 2006,
declaramos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta Unidade
consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações dos faturamentos mensais dos débitos de ano
a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

08/05/2017

Data prevista da
próxima leitura

08/06/2017

CPI/ CNPJ/ RANI

1580140473

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 03/04/17 Leitura: 1578	Data: 08/05/17 Leitura: 1651	1	73	33

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh/BR	30	0,13002	4,08
Consumo - 31 a 100 kWh/BR	43	0,23318	10,02
Adic. B. Veredita			1,09
Subsídio			16,60
ICMS			11,51
PIS			0,49
COFINS			2,27

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE ILUM PUBLICA	4,78
Desconto Subsídio	-16,60

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/17	96
Mar/17	74
Fev/17	67
Jan/17	68
Dez/16	63
Nov/16	69
Out/16	59
Set/16	55
Ago/16	60
Jul/16	55
Jun/16	66
Mai/16	61

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	46,05	75,00	11,51
PIS	46,05	1,0757	0,49
COFINS	46,05	4,9449	2,27

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

15/05/2017

R\$ 34,23

Méda dos últimos meses

63

ENVIADO AO FISCO

401f.bb54.e3bd.0116.b76e.3c6f.0a99.1441.

Indicadores de Qualidade 2017 - Esperança

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	
DIC TRIMESTRAL	12,84	
DIC ANUAL	75,89	
PIG MENSAL	3,42	
PIG TRIMESTRAL	6,55	
PIG ANUAL	13,70	
DMC	3,90	
DICRI	12,22	

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Barra Reinda, tendo um desconto de R\$19,85

Valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	5,47	15,89
Consumo de Energia	1,37	21,53
Serviço de Tarificação	0,37	1,08
Encargos Setoriais	1,97	5,75
Impostos Diretos e Encargos	18,05	52,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,23	100,00

Valor do BUSTO (Ref. 31/2017) R\$7,85

RECEBIDO

03 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ALFREDO PINTO		Nome da Vítima FRANCISCO JOSE DA COSTA	CPF da Vítima 19201422822
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 Declaração de ausência de laudo do IML 0301427/17	
		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) ☐ Tempo 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 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

RECEBIDO

03 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CARTÃO DE IDENTIDADE

ENTRADA

Adriano Vicente da Silva



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

53.541.677-5

DATA DE EXPIRAÇÃO 30/JUN/2009

NOME ADRIANO VICENTE DA SILVA

FILIAÇÃO MANUEL VICENTE DA SILVA

E MARIA EMILIANO DE BRITO

NATURALIDADE ESPERANÇA -PB

DATA DE NASCIMENTO 14/MAR/1987

DOC ORDEM ESPERANÇA PB

AREIAL

CN: LV.A04 /FLS.243V/N.003815

CPF 015801484-76

16 De Maio de 2009

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECEBIDO

03 ABO. 2017

GRUPO SEGUADOR BBMAFPRE

CPF

Cartão de Pessoa Física

Ministério da Justiça

015801484-76

14/03/2017

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE AREIAL-PB

Rua São João, 209, Centro, areial.pb@cartonotarial.com.br, Areial-PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido.

Dou fé. (Art.365-III do CPC)

Areial-PB-25/05/2017

Selo Digital: AFC25555-FD36

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$2,77 Farpem R\$0,27 MP R\$0,04 Fepi R\$0,55

Embalado

CORREIOS

AORIANO VICENTE DA SILVA
RUA PROJETAÇA, S/N - CENTRO
AREAL/PB CEP: 58140-000 (AG: 11)

energisa

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade/Subida: RESIDENCIAL BARRA REINDA MONOFÁSICO B 230, Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Telefone: 3 - 74 - 403 - 3570 Referência: Mai/2017 CNPJ 08.025.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.923-0
Nº medidor: 0000888040 Emissão: 08/05/2017

-Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 000 231 370
Código para DTE e Autenticação: 00012145053

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1714505-3**

Mai/2017

Canal de contato

Apresentação

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2006,
declaramos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta Unidade
consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações dos faturamentos mensais dos débitos de ano
a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

08/05/2017

Data prevista da
próxima leitura

08/06/2017

CPI/ CNPJ/ RANI

1580148473

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	03/04/17	08/05/17			
Leitura	1578	1651	1	73	32

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh/BR	30	0,13002	4,08
Consumo - 31 a 100 kWh/BR	43	0,23318	10,02
Adic. B. Veredita			1,09
Subsídio			18,80
ICMS			11,51
PIS			0,49
COFINS			2,27

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE ILUM. PÚBLICA	4,78
Desconto Subsídio	-18,80

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/17	96
Mai/17	74
Jun/17	67
Jul/17	68
Ago/17	63
Sep/17	68
Out/17	59
Nov/17	59
Dez/17	59
Jan/18	60
Fev/18	55
Mar/18	56
Abr/18	51

Média dos últimos meses
63

VENCIMENTO

15/05/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 34,23

ENVIADO AO FISCO

401f.bb54.e3bd.0116.b76e.3c6f.0a99.1441.

Indicadores de Qualidade 2017 - Esperança

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,84	0,00
DIC ANUAL	25,89	0,00
PIG MENSAL	3,42	0,00
PIG TRIMESTRAL	6,55	0,00
PIG ANUAL	13,70	0,00
DMC	3,90	0,00
DICRI	12,22	0,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Barra Reinda, tendo um desconto de R\$18,80

Valor total da sua conta

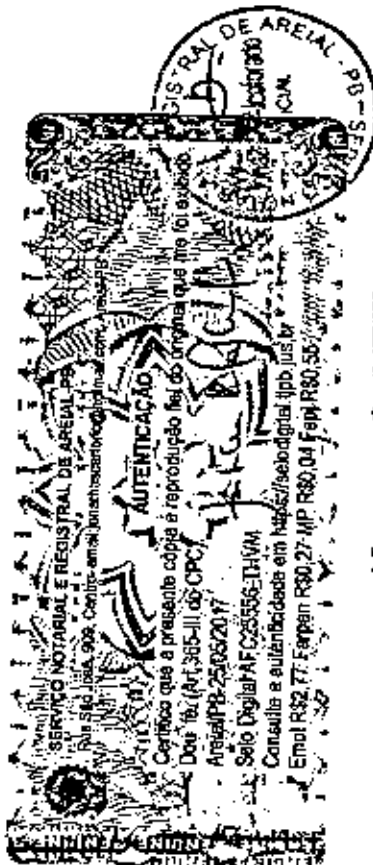
Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	5,47	15,89
Consumo de Energia	1,37	21,53
Serviço de Tarificação	0,37	1,08
Encargos Setoriais	1,97	5,75
Impostos Diretos e Encargos	18,05	52,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,23	100,00

Valor do BUST (Ref. 31/2017) R\$7,83

RECEBIDO

03 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



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 FRANCISCO JOSE DA COSTA		Nome da Vítima FRANCISCO JOSE DA COSTA	CPF da Vítima 19201422822
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 Específica 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		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>CAROL/LUANA</i> <i>0301427/17.</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	

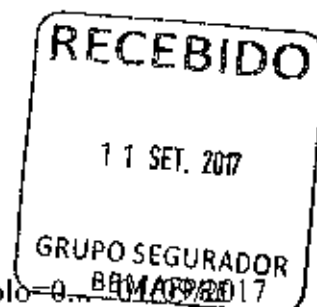


0126319

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 Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

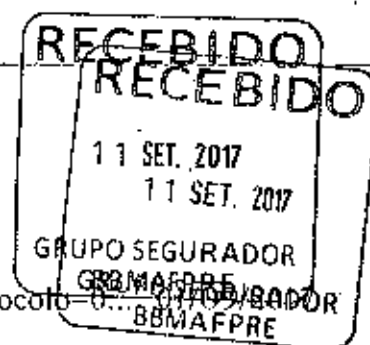


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente FRANCISCO JOSE DA COSTA		Nome da Vítima FRANCISCO JOSE DA COSTA	CPF da Vítima 19201422822
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver 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 *DECLARAÇÃO CIRCULAR SUSEP N° 445/12; *DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE; *COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO REPRESENTANTE. <i>Laudo</i> 0301427/12 124606	
		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	



0128666

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 envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

RECEBIDO

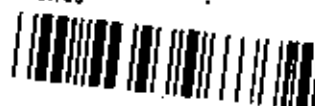
13 NOV. 2017

GRUPO SEGURADOR



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NA CLT

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA		Nome da Vítima FRANCISCO JOSE DA COSTA	CPF da Vítima 19201422822
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 Específica 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		Invalidéz Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações *DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO; *PROCURAÇÃO; *COMPROVANTE DE RENDIMENTOS.	
		DAMS Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Recetas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

C 0301424/14
124606



0134635

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 Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidéz Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

RECEBIDO

26 ABR. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435975

Cidade: Puxinanã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO JOSE DA COSTA

Data do acidente: 06/02/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA OMBRO ESQUERDO E COLUNA TORACICA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - (ANALISTA NÃO IDENTIFICOU POSSÍVEIS SEQUELAS ATRAVÉS DOS DOCUMENTOS QUE FORAM ANEXADOS)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GER



FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, brasileiro, união estável, Agricultor, portador da cédula de Identidade nº 294206796 – SSP/SP e CPF nº. 192.014.228-22, residente e domiciliado na Rua 14 de Outubro, nº 38, CEP.: 58140-000, Centro, na cidade de Areial, pelo presente Instrumento de Procuração, nomeia e constitui seu bastante advogado e procurador **ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 17.753, com escritório profissional na Rua Pedro Américo, nº. 68, Centro, Tel.: (83) 8705-8506/8865-1320, também nesta cidade de Campina Grande-PB, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com as cláusulas "Ad et Extra Judicia" nos termos do art. 105 da Lei 13.105/2015 (CPC/2015), Lei 8.906/94, e a Lei Adjetiva Penal, podendo agir e representá-lo em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, Repartições Públicas municipais, estaduais, federais e autarquias, Receita Federal, INSS, Comércio em Geral, Cartórios de Protesto e Registros, Delegacias em geral, PROCON, Ministério Público, Instituições Financeiras e etc. em qualquer estado brasileiro, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até a final decisão, usando dos recursos legais, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza que sejam de interesse do outorgante. A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, por força de cláusula e poderes específicos, em especial conferindo-lhe(s), ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, pedir renúncia de direito, podendo receber notificações e intimações, realizar requerimentos, solicitar informações e dados, firmar compromissos ou acordo, receber e dar quitação de acordos e pagamentos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta à outrem com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso. Enfim, praticar todos os demais atos e termos necessários ao fiel cumprimento do presente mandado ainda que não expressos neste instrumento e de interesse dele(a) outorgante. Em especial para protocolar de forma administrativa, pedido de pagamento ou indenização por invalidez do seguro DPVAT em face da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT.

Campina Grande-PB, 21 de Julho de 2017.



Francisco José da Costa
FRANCISCO JOSÉ DA COSTA
 RG nº 294206796 – SSP/SP
 OUTORGANTE / CONTRATANTE





PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

=====

FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, brasileiro, união estável, Agricultor, portador da cédula de Identidade nº 294206796 – SSP/PB e CPF nº. 192.014.228-22, residente e domiciliado na Rua 14 de Outubro, nº 38, CEP.: 58140-000, Bairro Centro, na cidade de Areial – PB, pelo presente Instrumento de Procuração, nomeia e constitui seu bastante advogado e procurador **ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 17.753, com escritório profissional na Rua Pedro Américo, nº. 68, Centro, Tel.: (83) 8705-8506/8865-1320, também nesta cidade de Campina Grande-PB, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com as cláusulas "Ad et Extra Judicia" nos termos do art. 105 da Lei 13.105/2015 (CPC/2015), Lei 8.906/94, e a Lei Adjetiva Penal, podendo agir e representá-lo em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, Repartições Públicas municipais, estaduais, federais e autarquias, Receita Federal, INSS, Comércio em Geral, Cartórios de Protesto e Registros, Delegacias em geral, PROCON, Ministério Público, Instituições Financeiras e etc. em qualquer estado brasileiro, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até a final decisão, usando dos recursos legais, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza que sejam de interesse do outorgante. A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, por força de cláusula e poderes específicos, em especial conferindo-lhe(s), ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, pedir renúncia de direito, podendo receber notificações e intimações, realizar requerimentos, solicitar informações e dados, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação de acordos e pagamentos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta à outrem com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso. Enfim, praticar todos os demais atos e termos necessários ao fiel cumprimento do presente mandado ainda que não expressos neste instrumento e de interesse dele(a) outorgante. Em especial para protocolar de forma administrativa, pedido de pagamento ou Indenização por Invalidez do seguro DPVAT em face da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT.

Campina Grande-PB, 21 de Julho de 2017.

** Francisco José da Costa*

FRANCISCO JOSÉ DA COSTA
RG nº 294206796 – SSP/PB
OUTORGANTE / CONTRATANTE

