

28/01/2019

HTCC-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONT (B.E) N°: 1821932

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/01/2019
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: PAULO GENUINO DE SOUZA

CEP: 58140000

Nascimento: 10/12/1964

Endereço: SERROTES BRANCO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Areial

Idade: 054

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO

RG:

Nº 0

Responsável:

Data de

Profissão:

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 28/01/2019

CNS: 706200078929565

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 09:03:28

CONVÊNIO: SUS

Médico:

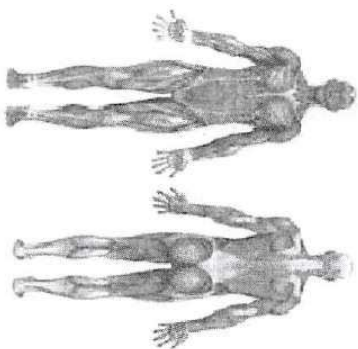
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordeadura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parasita
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

Ortopedia

Vitório de ciêntia de urolo
 Refere do no auto laço e labor

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow _____ PA _____ HGT: 250119

Glasgow

PA

HGT:

250119

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
 () Gasometria arterial
 () Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia:
 () Radiografias:
 ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____ / _____ / _____
 Especialista: _____ às _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUITAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



HTCG-Paine! Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[illegible]

Data da internação: 28/01/2019 Hora: 09:26:56

 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 PAULO GENUINO DE SOUZA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1821953
7 - CARTÃO DO SUS 706200078929565	8 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO		11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SERROTES BRANCO, 0, CENTRO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areial		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250120
		15 - UF PB
		16 - CEP 58140000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Do edema e deformidade</div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Necessita de trat cirurgico</div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Rx</div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Fratura radio distal</div>		
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Trat cirurgico fratura radio distal</div>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016283392321
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016283392321		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODOLFO COIMBRA BATISTA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-size: 0.8em;">Rodolfo Coimbra Batista Ortopedista/Traumatologista CRM 6819/1501 13403</div>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BEM-TE 38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



De acordo com o que se pede

Assinado por Israel de Souza Farias

x

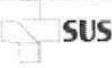
Assinado por Israel de Souza Farias

Assinado por Israel de Souza Farias

Isf



Data da internação: 28/01/2019 Hora: 09:26:56

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE PAULO GENUINO DE SOUZA				1821953	
7 - CARTÃO DO SUS 706200078929565		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 11 Fem <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO				11 - TELEFONE DE CONTATO DDI 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SERROTES BRANCO , 0 , CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areial		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250120		15 - UF PB	
				16 - CEP 58140000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Der edema e deformidade					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de trat cirurgico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura radio distal		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Trat cirurgico fratura radio distal				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016283392321	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODOLFO COIMBRA BATISTA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Rodolfo Coimbra Batista Médico Traumatologista CRM 0019 TEOT 13493	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Paulo Grunino de Sousa		
End:	sítio Senzete Beiros	Bairro:	Amor
Data de Nascimento:	10.12.64	Documento de Identificação:	
Queixa:	As 400	Data do Atend.:	28.01.19
		Hora:	9:00
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

Hallisson Barbosa Almeida
ORTÓDONTISTA
CRM - PB 9562

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

MATERIAL ESPECIAL:

DIAGNÓSTICO:

NOME DO PACIENTE: Paulo César IDADE: 28
() PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: Ex LEITO: 4 DATA: 28/01/19

SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

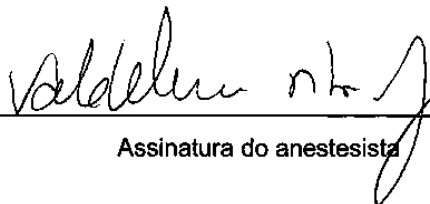


GOVERNO DA PARAIBA
SEGUE o trabalho



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		99


Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Paulo Geminio de Souza DA 10-12-64		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
		505	54	1821932	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
Redi Laceramento de Pulmão E		Dr. Eduardo de Juvini			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Selvaco + bloq. veis		De Vaneiro			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		01-02-19	10:30	11:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Dipirone amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	04	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon
01	Thienembutal		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	tc	Oxigênio l/m	2L	
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.	015	Sabo Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrothinazol.	01	Seringa desc. 10 ml	01	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.	01	Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley		
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº	02	
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7	40 x 12	Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	ent no do		
	Aguilha p/ raque nº				
015	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon	15			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
15	Benzilol	ent			
				EQUIPAMENTOS	
				(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
				() Serra	() Eletrocautério
				() Desfibrilador	() Oxícapígrafo
				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
				COREN - 233253	

MOD 066



12 1000000 001

1000000

05 12 002

+

02 000 000 000

- 10 x 15

05 10 000 000 000

05 000 000 000

05 000 000 000
05 000 000 000
05 000 000 000

05 000 000 000

05 000 000 000

05 000 000 000

03

05 000 000 000

05

05

05 000 000 000
05 000 000 000

01-05-10 10:30 11:30

05 000 000 000 + 05 000 000 000
05 000 000 000 + 05 000 000 000

05 000 000 000 05 000 000 000

05 000 000 000 05 000 000 000



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Paulo Guimarães de Souza</u>			IDADE <u>54a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>01.02.19</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>136x91-4</u>	PULSO <u>80bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>22cpm</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>supnóico</u>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>Risco II</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <u>ypim</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <u>anioso</u>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA <u>mgc</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de punho E</u>					ESTADO FÍSICO <u>ASA II</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES <u>x</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>x</u>				APLICADA	AS	EFEITO	
<u>11:00h</u>							
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO ① Oxacilina 10mg ② Dexametasona 2g ③ Naloxona 4mg ④ Tylenol 40mg		
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	ECG = RS SpO2 = 98% <u>ao</u>				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
POSICÃO	<u>Pe DDH; MCR; AIAS; O2 50V</u>				Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
AGENTES	<u>Lidocaína clv 400mg + Lidocaína clv 20ml + AD 20ml</u>						
TÉCNICA	<u>Blq. psoo intermediano + oxida E ④ Lidocaína</u>						
OPERAÇÃO	<u>Redução incruenta + fixação protética punho E</u>						
CIRURGIÕES	<u>Dr. Eduardo Braga + MRS Nery + MRS Curi.</u>						
ANESTESISTAS	<u>Dr. Samira Silveira</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 058

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



REQUISICÃO DE EXAME

NOME:	Dado Gustavo										PRONTUÁRIO:	982						
IDADE:			SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	Qdo II	ENF:	Exe	LEITO:	4

DADOS CLÍNICOS:

PDS-OP

PDS. Pós. Op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx pulso B, AP e Pq

RAIO X
REALIZADO EM:
01/02/15

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

01-02-19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

2

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
Méd. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9901

REQUISIÇÃO DE EXAMES

OME:											
ADN:											
SEXO:	M	F	CDR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
<p>Nome: João Demétrio de Souza</p>											

ADOS CLÍNICOS:

ATERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

Rx Ombro e Coto
Rx fêmur AP/D

RAIO X
REALIZADO EM:
25/01/19

GÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
TA:	28/01/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Rafael Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEOT 13403

Sr(a): PAULO GENUINO DE SOUZA
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000448449
Data: 28-01-2019 11:02
Idade: 54 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: Leito - 08

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:00]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.98 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 32,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.400 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrofilos	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	282	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Segmentados.....	83,0	7.802	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfocitos	10,0	940	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos.....	4,0	376	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Monocitos.....			140.000 à 400.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	160.000 mm ³		

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinatura
Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2F72-43BE-A5DB-DFB9-D68E-BA38-6C1E-C8B7





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	PAULO GENUINO DE SOUZA	Protocolo:	0000448449	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	OTAVIO FERREIRA JR	Data:	28-01-2019 11:02	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	54 anos	Destino:	Leito - 08

TEMPO DE COAGULACAO..... 7' 30'' min

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2' 00''

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 28/01/2019 12:28 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 38CC-899C-134D-2581-00C1-A9C3-4C7F-172A



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Sr(a): PAULO GENUINO DE SOUZA
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000448449
Data: 28-01-2019 11:02
Idade: 54 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: Leito - 08

GRUPO SANGUINEO E Rh

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01]

GRUPO SANGUINEO..... A

Rh..... POSITIVO

Material: SANGUE

Método: HEMAGLUTINAÇÃO EM TUBO


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 8411

Emissão : 28/01/2019 12:28 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2F72-43BE-A5DB-DFB9-D68E-BA38-6C1E-C8B7





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Paulo Geniuno de Souza

IMC: _____

PROFISSÃO: _____

IDADE: 54

SEXO: m

DATA: 28/10/19

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

- ☒ Assintomática
- SINTOMAS:
- ☐ Cefaléia
- ☐ Dispnéia de esforço
- ☐ Palpitações
- ☐ Dor Precordial
- Relacionada: ☐ Ex.

- ☐ Sintomática
- ☐ Tontura
- ☐ Grande
- ☐ Média
- ☐ Tosse Seca
- ☐ Típica
- ☐ Emoções ☐ Frio

- ☐ Oligossintomática
- ☐ Síncope
- ☐ Pequena
- ☐ Ortopnéia
- ☐ Expectoração
- ☐ Atípica
- ☐ Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIA EM CURSO:

- ☒ Hipertensão Arterial Sistêmica N
- ☒ Diabetes Mellitus N
- ☒ Arritmias N

- ☐ Hipertensão Pulmonar
- ☒ Insuf. Cardíaca Congestiva N
- ☐ Insuf. Renal

- ☐ DPOC ☐ Outros
- ☐ Insuficiência Coronariana N
- ☐ Aguda ☐ Crônica

- ANTECEDENTES PESSOAIS:

- ☐ Alergia a Medicamentos: _____
- ☐ Etilismo
- ☐ Dislipidemia

- ☐ Cirúrgico mega

- ☐ Tabagismo N
- ☐ Sedentarismo
- ☐ Outros

Medicamentos em uso ☒ Não

- ☐ Sim

4 - EXAME FÍSICO:

- ☐ Estado Geral ☒ Bom

- ☐ Regular ☐ Comprometido

- ☐ Precário ☐ Altura

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR, 2T, AD

FC.: 64 b.p.m P.A.: 120 x 8 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

2. normal, SVE, ARV inferi

Ex. Laboratoriais: hg: 15,2

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- ☐ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
- ☒ Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
- ☐ Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
- ☐ Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evi

Obs.: _____

Ass

MOD. 043



FX Radio Distal

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Fauze Genuino de Souza	EXT		04
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02-02	1. Dieta livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/Jejum } 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN } SUSP 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG 10. Benzatidina 1 amp. EV 12/12 hrs.	<div style="text-align: center;"> 2ª 3ª 18 24 06 </div>	<p>BEG, estável, sem distúrbios</p> <p>pneux: (+) Esc.: (-)</p> <p>CD. VPM Aguda enge-</p>



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



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

DIAGNÓSTICO

01028

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnostic

Ex radio distal (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

24

Paciente	Paulo	Ext 04	Leito	Convênio
	Geminus			

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
30/01	Dieta livre Telco Dipirona 1g + AD EV 6/6h Tilatil 20mg + AD EV 12/12h - SN Omeprazol 20mg vo jejun. SSR + CCG.	cl cl cl 18 SN <u>06</u> cl	18-24	BEG estabilizado afimul
	Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562			Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562





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

DIAGNÓSTICO

Excluded + y

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento:	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
Paulo Carneiro	29/01	1. Dieta <i>líquida</i>					
		2. SRL 1500ml EV/24h <i>2000</i>	<i>CC</i>	18	208		
		3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	CC	18	208		
		4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h					<i>Blitz, e ATU, e m/h</i>
		5. Omeprazol 40mg 4 /jejum <i>(100)</i>					
		6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	<i>SIV</i>				
		7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN	<i>SIV</i>				
		8. Clexane 40mg SC/dia <i>(6239)</i>					<i>17.6.94</i>
		9. SSVV + CCGG	<i>C</i>				
		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643					<i>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</i>





DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK 8

[illegible]

PA-320X80

Declaro ser autista
portador de deficiência
física de grau médio
ou superior

pt

Declaro ser autista



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Genuino de Souza Registro: EXT. Leito: 04 Setor Atual: EN II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110x70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Temperature 36.8

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada (☒) Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



11/07/2019 19:29

4_PRONTUÁRIO MÉDICO

Tipo de documento: Outros Documentos

Descrição do documento: 4_PRONTUÁRIO MÉDICO

Id: 22654804

Data da assinatura: 11/07/2019

Atenção

Por motivo técnico, este documento não pode ser adicionado à compilação selecionada pelo usuário. Todavia, seu conteúdo pode ser acessado na página 'Detalhes do processo' na aba 'Processos', agrupador 'Documentos'.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Raulo Geminio de Souza Registro: 624 Leito: 63 Setor Atual: 63

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 120 °C: 36,3 bpm: 63 FR: 12 mmHg: 120 mmHg: 63 SPO2: 98 %
HGT: 1,70 mg/dl: 120 Kg: 63 Altura: 1,70 cm Dor: 0 Local: 0 Obs.: 0

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro
GLASGOW(3-15): 15
Drogas (Sedação/Analgesia): 0
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parêstesia Local:
Linguagem: () Qual? () Qual? () Disfonia () Afasia () Distúrbio () Disartria.

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi
() VMI () VMI TOT nº 0 Comissura labial nº 0 FIO2 0 % PEEP 0 cmH2O
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: 0 Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:
Aspecto da drenagem torácica: SPO2 0 Data: 0 Hora: 0

GASOMETRIA ARTERIAL: PH

PCO2 0 PO2 0 HCO3 0 EB 0
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS
Paladar Observação: 0
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar
SEGURANÇA FÍSICA
Agressivo: () Agitado () Tranquilo () Agitado () Tranquilo () Agitado () Tranquilo
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR
Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Equilibrado () Cheio

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).

Assinatura do Enfermeiro: *Eny J. J. J.*
236624

HORA: _____

DATA: 29/01/19

INTERCORRÊNCIAS

() Praticante () Não praticante. Observações:

Tipo:

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

SONO E REPOUSO

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____

Dreno: () Tipo/Aspecto: _____

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: _____ Observações:

Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h

Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: _____

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: *MS*

Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: *MS*

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Drugs vasoativas: () Quais?

Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida

Turgência jugular: ()

Preordal: ()



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190325196

Vítima: PAULO GINUINO DE SOUZA

Data do Acidente: 28/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO GINUINO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO GINUINO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002047-8**

Conta: **000010025004-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 893.882.674-00 Nome completo da vítima: PAULO GENUINO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: PAULO GENUINO DE SOUZA

CPF: 893.882.674-00

Profissão: Agricultor

Endereço: Sítio Serrote Branco

Número: s/n

Complemento:

Bairro: Area Rural

Cidade: Areial

Estado: PB

CEP: 58140.000

E-mail: israelariasadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83) 986127750

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco(237)

☐ Itaú(341)

☒ BancodoBrasil(001)

☐ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2047

8

CONTA: 25004

X

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data: Areial - PB 32/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EDS 001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435363400000021981777

Número do documento: 19071119435363400000021981777

PROCURAÇÃO

Outorgante: PAULO GENUINO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, s/n, bairro: Área Rural, Município de Areial, Estado da Paraíba, Cep. 58140-000, portadora do Rg. nº 1.716.241, SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) PAULO GENUINO DE SOUZA, ocorrido em 28/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

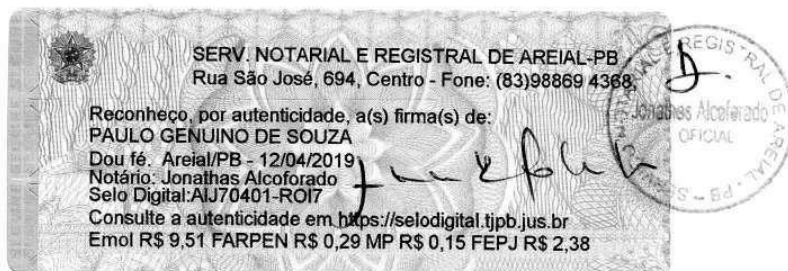
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Areial - PB, 12 / abril de 2019.

x Paulo Genuino de Souza
Outorgante

CPF Nº 893.882.674-00

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163-183/3310-9319



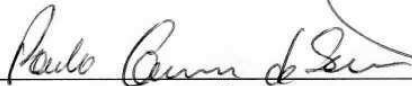
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000062/19 registrada em 02/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:33 horas, compareceu o Sr. PAULO GENUÍNO DE SOUZA, com 54 anos de idade, filho de SEBASTIÃO GENUÍNO DE SOUZA e MARIAJOAQUINA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIAL - PB, Casado, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 1.716.241-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 89388267400, residindo à rua SÍTIO SERROTE BRANCO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de AREIAL - PB.

Declarou que:


Informa o comunicante, que por volta das 07h30min do dia 28.01.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Serrote Branco, área rural de Areial/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2015/2016, cor vermelha, chassi nº 9C2KD0810GR414226, de placa QFR-1639/PB, licenciada em nome de Vanessa Oliveira da Silva, quando em uma curva o pneu dianteiro da moto derrapou em uma areia solta existente na via e o comunicante acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Abril de 2019



PAULO GENUÍNO DE SOUZA

Declarante

Jose Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, **VANESSA OLIVEIRA DA SILVA**

RG nº **3565378**, data de expedição **___/___/___**

Órgão **___**, portador do CPF nº **090.139.054-20**

com domicílio na cidade de **Alagoa Nova**, no Estado de **PARAÍBA**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Antônio Frutuoso, nº **73**

complemento **_____**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

PAULO GENUINO DE SOUZA, cujo o condutor era

PAULO GENUINO DE SOUZA

Veículo: **MOTOCICLETA** Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Ano: **2015/2016**

Placa: **QFR 1639/PB** Chassi: **9C2KD0810GR414226**

Data do Acidente: **28/ 01/ 2019**

Local e Data: **ALAGOA NOVA - PB - 28 / Abril de 2019**

Vanessa Oliveira da Silva Belo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

**CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"**
R. Clementino Leite, 138 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066

Paulo
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO ÚNICO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
VANESSA OLIVEIRA DA SILVA BELO
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 18/04/2019
Substituto: PAULO MARCOS MARTINS DE MELO
Selo Digital: AIN01722-FMSH
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepp R\$ 1,82





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Paulo Gomes de
Souza PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28/01/19 À 02/02/19 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 02/02/19

Ass. do médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082322899
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 201801000908775
1 0106983529-0 00/00000000 2018

NOME
VANESSA OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ
09013905420

PLACA
QFR1639/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB 9C2KD0810GR414226

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2ª
***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 25/09/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
ALAGOA NOVA-PB 26/09/2018
9999999 33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082322899 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 26/09/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 09013905420 QFR1639/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01069835290 HONDA / NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. QLT. TARIF. Nº CHASSI
2015 9 9C2KD0810GR414226

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 25/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

33553-1514076-20180926



PAULO GINUINO DE SOUZA
SIT: SERROTE BRANCO, S/N - ÁREA RURAL
AREIAL/PB CEP: 53140000 (AG: 71)

Emissão: 05/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 53071-600
Roteiro: 3 - 74 - 429 - 4645 Nº medidor: 93008891483

ENERGISA PARABÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.016.623-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.704.207
Cód. para Débito Automático: 00018796003

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	05/02/2019	07/03/2019	993.982.674-00

UC (Unidade Consumidora): 5/1879600-3

Canal de contato

As perdas de luz dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informem à prefeitura da sua cidade. O cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
09/01/19	80	05/02/19	68	1	8	29	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alíq.	Tarifa(R\$)	Base Calc. Fei(R\$)	Cófigo(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	
0601	Custo de Disponibilidade	24,89	24,89	25	6,17	24,89	0,24 1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	JUROS DE MORA 01/2019	0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 01/2019	0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	25,26	24,89	6,17	24,89	0,24	1,12
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
30	12/02/2019	R\$ 25,26					
Historico de Consumo (kWh)							

1 1 1 1 6 1 5 1 8 1 7 1 11 1 9 1 5 1 9
Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19

RESERVADO AO FISCO

b048.e2de.49b8.b348.0044.106c.f077.cb24.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	23,48	
DIC ANUAL	46,96	CONTRATADA
FIC MENSAL	7,74	
FIC TRIMESTRAL	15,48	LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	30,96	
DMC	6,49	LIMITE SUPERIOR
DICR	16,80	

ATENÇÃO

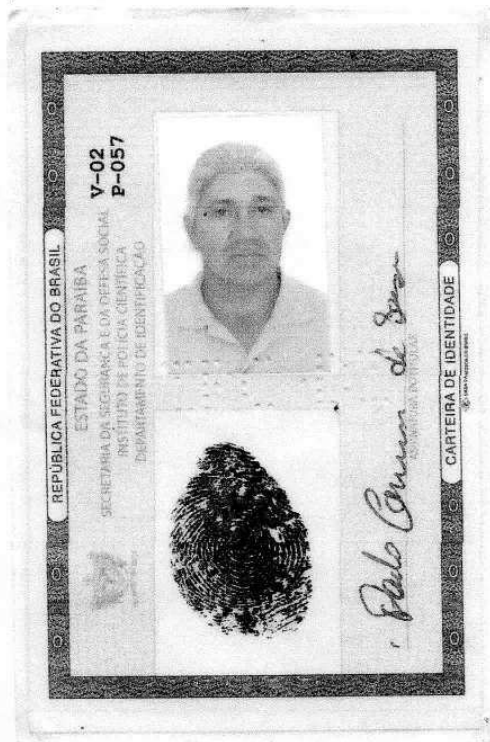
- Leitura confirmada

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	6,09	24,11
Compra de Energia	8,92	34,89
Serviço de Transmissão	0,99	3,76
Encargos Setoriais	1,44	5,70
Impostos Diretos e Encargos	8,10	32,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	25,26	100,00

Valor em Euros (R\$) 12/02/2019

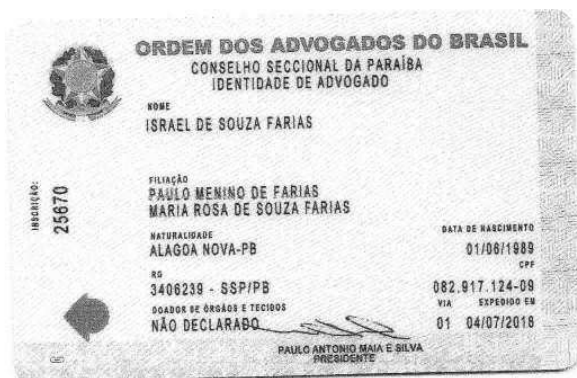
Faturas em atraso





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.716.241 -2 VIA
NOME	PAULO* GENUINO DE SOUZA
FILIAÇÃO	SEBASTIÃO GENUINO DE SOUZA MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO
NATURALIDADE	AREIAL-PB
DOC ORIGEM	CASAM N.2858 FLS.274 LIV.B7A CARTORIO ESPERANÇA PB
DATA DE EXPEDIÇÃO	01/12/2014
DATA DE NASCIMENTO	10/12/1964
CPF	893.882.674-00
LEI Nº 7.115 DE 29/06/83	





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCUMENTALASXTIPO-1&CODIGO-23636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO GENUINO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 893.882.674 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULO GENUINO DE SOUZA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 893.882.674 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: ---

Bairro: OLHO DAGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125.000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com

Tel.(DDD): (83) 98116-7741
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 12/04/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO DA AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG-71)

Energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Fórmula: 5 - 77 - 614 - 289
Medidor: 00009716750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.090.423
Cód. para Deb. Automático: 00817321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.610.564-65

UC (Unidade Consumidora): **5/1732151-4**

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/03/19	Leitura 3784	Data 09/04/19	Leitura 3938	

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa / Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Cotins (R\$)	Cotins (%)
				123,03	123,03	27	33,21
0501	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			2,88	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019			0,33	0,00	0	0,00
0805	MULTA 02/2019			2,17	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	125,41	123,03	33,21	123,03	1,33	6,14
Tarifa al. Tributos	0,571770						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
127	11/05/2019	R\$ 128,41

Histórico de Consumo (kWh)

119	101	113	112	105	114	130	140	151	178	129	133
Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO

a669.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

Indicadores de Qualidade

2/2019 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		
FIC MENSAL	9,43	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	18,86		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	37,70		LIMITE SUPERIOR
DMIC	9,80	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia / PB	29,21	22,75
Compra de Energia	41,80	32,48
Serviço de Transmissão	4,55	3,54
Encargos Setoriais	6,91	5,38
Impostos Diretos e Encargos	48,06	37,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,41	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R\$ 38,69

ATENÇÃO

Abriu Verde: #ChegadaAcidentesdeTrabalho

Faturas em atraso



BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009.02624.912008.00243.900172.1.78860000012841				
PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.610.564-65				
LOC ENGENHO OLHO DA AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000				
Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120000743900	001732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.183 / 0001-40				







Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435461400000021981778>

Número do documento: 19071119435461400000021981778

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 004.2.19.00338/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Nova	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/07/2019
Número da guia: 004.2019.600338 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/07/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,47
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 622,49
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000064 224909283182 520190731007 421900338011 			Valor final: R\$ 622,49

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 004.2.19.00338/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Nova	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/07/2019
Número da guia: 004.2019.600338 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/07/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,47
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 622,49
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000064 224909283182 520190731007 421900338011 			Valor final: R\$ 622,49

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 004.2.19.00338/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Nova	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/07/2019
Número da guia: 004.2019.600338 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/07/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,47
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 622,49
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000064 224909283182 520190731007 421900338011 			Valor final: R\$ 622,49





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 004.2019.600338

Data Vencimento: 31/07/2019

Data Emissão: 11/07/2019

Comarca: Alagoa Nova

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: PAULO GENUÍNO DE SOUZA

Promovido: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Valor da Causa: R\$ 7.762,50

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 504,70

Taxa: R\$ 116,44

Total da Guia: R\$ 621,14

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



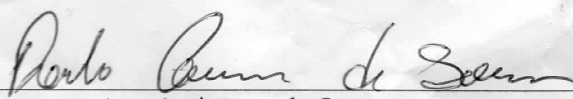
PROCURAÇÃO

Outorgante: PAULO GENUINO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, s/n, bairro: Area Rural, Município de Areial, Estado da Paraíba, Cep. 58140-000, portadora do Rg. nº 1.716.241, SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 05/06/2019.


Assinatura do Outorgante:





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança

Processo: 0801490-41.2019.8.15.0171

AUTOR: PAULO GINUINO DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício ou capazes de autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Ademais, observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a prática forense tem revelado que a parte promovida não se dispõe a fazer acordo sem a realização da perícia médica, afigura-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, sobretudo em razão do benefício pleiteado já ter sido negado administrativamente.

Registra-se, todavia, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, CPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, CPC) a sua não realização no caso dos autos.

Portanto, **cite-se** a parte acionada para, querendo, oferecer Contestação no prazo legal.

Esperança, **data e assinatura eletrônicas.**

Iêda Maria Dantas
Juíza de Direito em substituição

