

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Ortopedia

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: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 - Mairinhas, 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
Endereço:SERROTES BRANCO
Cidade: Areiaí

Sexo:M
Idade:054
RG:
CPF: 89388267400
Data de Atend:28/01/2019
Hora: 09:03:28

Telefone:
Bairro:CENTRO

CRM:
Nome da Mãe: MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO
Profissão:

Responsável:
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CNPJ:706200078929565
CONVÉNIO:SUS

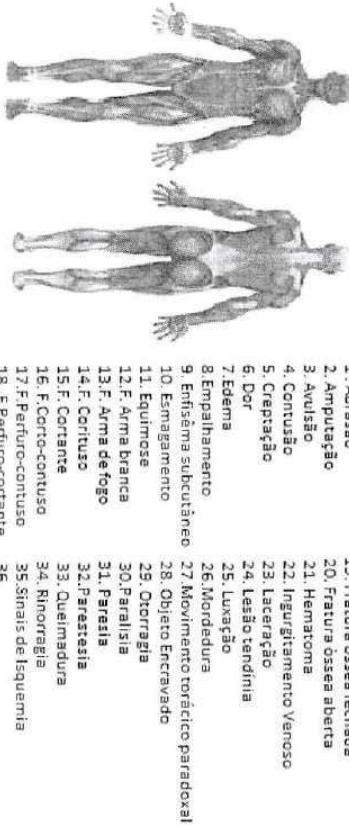
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abração 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contração 22. Ingurgitamento Venoso
5. Crepitação 23. Lacerção
6. Dor 24. Lesão tendinária
7. Edema 25. Luxação
8. Empaixamento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
10. Enmagrecimento 28. Objeto Enrerdado
11. Equimose 29. Otorragia
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Parásia
14. Contusão 32. Paresthesia
15. Contuso 33. Quemadura
16. F. Corte-contuso 34. Rinorréia
17. F. Perfurado-contuso 35. Sinal de Isquemia
18..Perfurado-contusante 36.



OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Israél de Souza de Andrade
Médico / Traumatologista
C.R.P. 38-9 HCTI 13403



EXAME SECUNDÁRIO / PARCER MÉDICO

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434844700000021981521>
Número do documento: 19071119434844700000021981521

Num. 22654801 - Pág. 2



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 - N° DO PRONTUÁRIO 1821953	
7 - CARTÃO DO SUS 706200078929565		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) SERROTES BRANCO , 0 , CENTRO		14 - CÓD. INGE MUNICÍPIO 250120	15 - UF PB	16 - CEP 58140000
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dor edema e deformidade</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessito de trat cirúrgico</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura esôdio distal</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CIO 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Trat cirúrgico fratura esôdio distal</i>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNACÃO 02	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N° 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) <i>RODRIGO COIMBRA BATISTA</i>	33 - N° DO BELESTE ORLA 6319	34 - SÉRIE 13403
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BELHETO	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Documento referente a anúncio nº 11

assinado faltando assinatura

Assinado em 11/07/2019

Faltam assinar 02 assinaturas

ISF



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 - N° 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 DDD 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SERROTE BRANCO , 0 , CENTRO		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250120	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areal		15 - UF PB	16 - CEP 58140000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dores e dor no peito e dor no lado direito</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessita de tratamento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames - laudo de testes</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Trauma - lesão tóxica</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>I6X</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i></i>
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i></i>		24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Traut cirúrgico prot endosc dislop</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>Rodolfo Coimbra Batista</i>
26 - CLÍNICA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 98001628339231
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) <i>2019 TECI 1943</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <i></i>	37 - N° DO BILHETE <i></i>	38 - SÉRIE <i></i>
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA <i></i>	40 - CNAE DA EMPRESA <i></i>	41 - CBOR <i></i>
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO
			<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <i></i>	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i></i>
45 - DOCUMENTO () CNS	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i></i>		



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Paulo Genuino de Santo		
End:	sítio Secretaria Branca	Bairro:	Anelot
Data de Nascimento:	10.12.64	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	29.01.19 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:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca						

Estratificação

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

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

Intendente da Costa (MOD. 1)
Enviado em 21/11/2019

Assinatura e carimbo do profissional



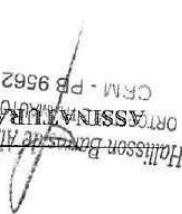


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434844700000021981521>
Número do documento: 19071119434844700000021981521

Num. 22654801 - Pág. 7

ASSINATURA E CARMBO

Hallisson Batista de Almeida
ORFASSINATURA E CARMBO
CRM - PB 9562



PARECER DA DIRECAO TECNICA:

JUSTIFICATIVA MEDICA DA SOLICITACAO DO MATERIAL.

Placa 3,5 'T' p/ tecido dura

MATERIAL ESPECIAL:

DIAGNOSTICO:

() PACIENTE INTERNADO ENFERMARIO: Ex LERTO: 4 DATA 28/01/19
NAME DO PACIENTE: Ismael Gomes IDADE

SOLICITACAO PARA AQUISICAO DE ORTOSE / PROTISE



GOVERNO DA PARALBA  SEGUO o trabalho





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Paulo Genuíno de Souza Idade: 54
Convênio: SUS Data: 01-02-19
Procedimento: Red. Incrustante & Frot de Pernos E.

Cirurgião: Dr. Eduardo Auxiliar: Dr. Yaney Anestesista: Dr. Vanessa
Início: 10:20 Término: 11:30 Anestesia bloqueio + sed

Assinatura Anestesista

Circulante

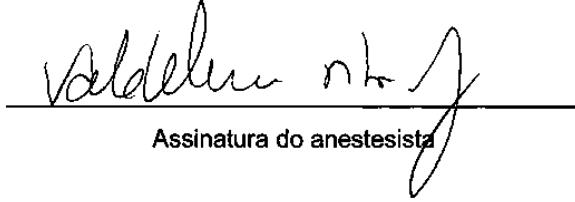
Relatório de Operação

MOD 103



**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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		09


Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Paulo Genuino de Souza	DATA:	10-12-64		
QI	LEITE	CONVÉNIO SUS	IDADE 54	REGISTRO 1821932
CIRURGIA Ressecção de Fúculo E	CIRURGÃO Dr. Eduardo da Muni.	GOVERNO DA PARAÍBA		
ANESTESIA Selarco + blocos via	ANESTESIA de vanesia	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Dr. Euler Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
INSTRUMENTADORA	DATA 01-02-19	INÍCIO 10:30	FIM 11:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	Bolsa Colostoma		
05	Atropina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Dipropamp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dolantina amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Efrane ml	Cotonoidé		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.	Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Inova ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Ketalar ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Pavulon amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protocolo l/m	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Supupak
	Quelicin ml	Furacim ml		Fio de Algodão Supupak
	Rapifen amp.	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Thiobutabarbital	H ₂ O ml		Mononylon
	Tracrium amp.	Intracath Adulito		Mononylon
		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES			SOROS
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
	Flaxidol amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix
03	Flebocortid amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		
	Glicose amp.	Tc Oxigênio l/m	2L	
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflix		
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml p/ levar
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml	01	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.	Sonda		
	Stuplanion amp.	Sonda Folley		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		
		Sonda Uretral nº	02	
		Sterdyrem ml		
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			ORTSESE E PRÓTESE
	Aguilha desc. 25 x 40 x 12	Vaselina ml		
	Aguilha desc. 28 x 28	Gelcon 18		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	Latese		
	Aguilha p/ raque nº	05 entradas		
	Álcool de Enfermagem			
	Álcool Iodado ml			
02	Ataduras de Crepon	15		
	Ataduras de Gessada			
	Azul metílico amp.			
	Benzina ml			
EQUIPAMENTOS				
(<input checked="" type="checkbox"/>)	Oxímetro de Pulso	(<input type="checkbox"/>)	Foco Auxiliar	
(<input type="checkbox"/>)	Serra	(<input type="checkbox"/>)	Eletrocautério	
(<input type="checkbox"/>)	Desfibrilador	(<input type="checkbox"/>)	Oxicapiógrafo	
(<input checked="" type="checkbox"/>)	Foco Frontal	(<input type="checkbox"/>)	Cardiomonitor	
(<input type="checkbox"/>)	Fonte de Luz	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL				
COREN - 233293				

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:49
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907111943484470000021981521>
Número do documento: 1907111943484470000021981521

Num. 22654801 - Pág. 11



42 950969 041

05

12

+

T

042

02.655740

— 10.415

05 12 950969 041

05 950969 041

0520069 04

04

04 2

042 950969 041

042 950969 041

+5 55

03

05 — 00060716

D.A.

05

05 950969 041

05

01-05-16 10:30 14:30

2009 + 050969 041 050969 041

050969 041 050969 041 050969 041 050969 041

202 2A 4X54D35

050969 041 050969 041 050969 041



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE
ANESTESIA

NOME

Paulo Geminiano da Souza

IDADE

54a

SEXO

M

COR

DATA 01.02.19	PRESSÃO ARTERIAL 136x91mmHg	PULSO 80bpm	RESPIRAÇÃO 22uepm	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO diprônico					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO Ricos II					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO jejum	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL ansioso	ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA urucu	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de punho e					ESTADO FÍSICO ASA III	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES X						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA X	APLICADA		AS	EFEITO		

11:00h

AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	INDUÇÃO				
		Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	Laringo espasmo: _____	Lenta: _____
Líquidos	(Y) (Y) (Y)	Náuseas: _____	Vômitos: _____	Outros: _____	MANUTENÇÃO	
	(O ₂)	① Dexadomidina 100mg	② Dipironina 2g	③ Naloxona 400ug	④ Tylatol 40mg	
CÓDIGOS VP. ARTERIAL; O ₂ ; RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O ₂ - OPERAÇÃO	140	ANESTESIA SATISF.: Sim X Não _____				
	120	Não, por quê? _____				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	ECG = RS SpO ₂ = 98% O ₂ =	DESPERTAR				
		Reflexos na SO: _____	Obstr.: _____	Co ₂ : _____	Excit.: _____	Náuseas: _____
POSIÇÃO	Pe DDH; MCR; AIAS; O ₂ SCN	Vômitos: _____				
		Outros: _____	Com cânula: _____			
AGENTES	Lidocaina ev 400mg + Muscaina ev 20ml + AD 20ml	Paro o Leito Sim _____ Não _____				
		CONDIÇÕES: _____				
TÉCNICA	Bloq. perno intromediano + axilar e CÂNLAS lidocaina					
OPERAÇÃO	Radicoplaquetaria + fixação precatânea punho e					
CIRURGIÕES	Dr. Eduardo Beira + MRE Hwy + MRE Cul.					
ANESTESISTAS	Dr. Jamila Silveira					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA	

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Nome do Paciente <i>Paulo Gomes</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>01-02-19</i>	Enf. <i>Adeti</i>	Leito <i>(ETT. 4)</i>
Operador <i>Dra. Edilene</i>	1º Auxiliar <i>Dra. Yury (CR22)</i>	
2º Auxiliar <i>Dra. Euler (CR23)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fractura toracal V</i>		
Tipo de Operação <i>Desenvolvida procedente</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sem</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Socio - O dia não é dia de operação
- ② Preparo + esterilize + copos esteril
- ③ Reduzi incisão de foco de fratura. Soli escuro
- ④ Desenvolvo procedimento de 3 pas k soli escuro
- ⑤ Encerro FO + tolle ciclo-pela

*Dr. Euler Fabrício A. Cruz
M.R. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907*

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Paulo Júnior				PRONTUÁRIO:	282	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			O.60 II	EXC	7

DADOS CLÍNICOS:

Pós-op

Obs. Pós. op.

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
01/02/15

EXAMES SOLICITADOS:

Rx pnu, B, AP e PAnt

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 01-02-15	
HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Euler Faustino A. Cruz
CRM-PB 9901
ORTOPEDISTA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

JNAME:	J. Souza			PRONTUÁRIO:		
ADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:
M	F	B	P	A		LEITO:

ADOS CLÍNICOS:

RADIO X
REALIZADO EM:
28/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

RX abdômen e pe
Rx pé

GÊNCIA: ROTINA:
TA: 28/01/19

Adolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEOF 13403



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

Protocolo: 0000448449 RG: NÃO INFORMADO
Data: 28-01-2019 11:02 Origem: ÁREA AMARELA
Idade: 54 anos 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 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

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

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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

Newlab



PNCQ
Programa Nacional
do Controle de Qualidade





ESTADO DA PARAÍBA
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] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White

TEMPO DE SANGRAMENTO 2' 00''

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

Ana Cássia 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



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434930100000021981522>
Número do documento: 19071119434930100000021981522

Num. 22654802 - Pág. 6

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

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



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434930100000021981522>
Número do documento: 19071119434930100000021981522

Num. 22654802 - Pág. 7



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
SECRETARIA DE Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NOME:

Paulo Genuino

PROCEDÊNCIA:

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

Genuino de Souza

IDADE: 54

DATA: 28/10/19

SEXO: m

IMC:

Assintomática

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Sintomática

() Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaláia

() Tontura

() Sincopse

() Dispnéia de esforço

() Grande

() Pequena

() Palpitações

() Média

() Oropneia

() Dor Precordial

() Tosse Seca

() Expectorção

Relacionada: () Emocões

() Típica

() Atípica

() Frio

() Emoções

() Pós-prandial

Comentários:

AS EM CURSO:

() Ansão Arterial Sistêmica N

() Hipertensão Pulmonar

() DPOC

() Outros

() Diabetes Mellitus N

() Insut. Cardiaca Congestiva N

() Insuficiência Coronariana N

() Arritmias

() Insuf. Renal

() Aguda

() Crônica

- ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos:

() mega

() Tabagismo N

() Etilismo

() Cirúrgico mega

() Sedentarismo

() Dislipidemia

() Sim

() Outros

Medicamentos em uso (X) Não

() Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral

(X) Bom

() Regular

() Comprometido

() Precário

() Altura

Ap. Cardiovascular - Comentários:

PCR, ST, SD

FC.: 64

b.p.m P.A.:

120x8

mmHg

Ap. Respiratório - Comentários:

Abdômen - Comentários:

Membros Inferiores - Comentários:

5 - E.C.G.: R. sinus, SVE, ARV inferi

Ex. Laboratoriais: hg: 55,2

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)

(X) 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



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434930100000021981522>
Número do documento: 19071119434930100000021981522

Num. 22654802 - Pág. 9



DIAGNÓSTICO

the pump has to

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0120

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fix radio distal (E)

Diagnóstico

Fix radio distal (E)

DR

Paciente Paulo Genuino

Alojamento Ext 04

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01	Dietra livre Teclo Bupirionac 1g + ATO EN 616m Tlactaf 20mg + IAD EN 12112m - SN 22 Onirinatf 20mg VO 06 SSIN + CUGG. O	08/18/24/04 12/12/22/06 06/06/06/06	<p>Col: Vpm</p> <p>Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDIA E TRAMAUTOGIA CRM - PB 9562</p> <p>Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDIA E TRAMAUTOGIA CRM - PB 9562</p>

Assinado - Declarando

Assinado - Declarando

Assinado - Declarando
que o documento é original e autêntico.

DIAGNÓSTICO

f + Pra ósio Díazol (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Avaliação	Prescrição Médica	Alojamento:	E	K	Leito	H	Convênio	Horário	Evolução Médica
<i>Paulo Cesar Viana</i>										
<i>2/07/2019</i>	1.Dieta líquida		<i>C/C</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>Brûte, e agradável</i>	
	2.SRL 1500ml EV/24h		<i>2000</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>1800</i>	
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		<i>100</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>100</i>	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		<i>100</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>100</i>	
	5. Omeprazol 40mg EV/jéum		<i>100</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>100</i>	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		<i>SIN</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>SIN</i>	
	7.Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN		<i>SIN</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>SIN</i>	
	8. Clexane 40mg SC/dia		<i>100</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>100</i>	
	9.SSVV + CCGG		<i>C</i>		<i>12</i>		<i>18</i>		<i>C</i>	
	<i>Dr. Wagner Falcão</i>		<i>Dr. Wagner Falcão</i>		<i>Dr. Wagner Falcão</i>		<i>Dr. Wagner Falcão</i>		<i>Dr. Wagner Falcão</i>	
	<i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</i>		<i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</i>		<i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</i>		<i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</i>		<i>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</i>	
	<i>CRM-PB 8643</i>		<i>CRM-PB 8643</i>		<i>CRM-PB 8643</i>		<i>CRM-PB 8643</i>		<i>CRM-PB 8643</i>	



DIAGNÓSTICO

OK

EDIHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Poulo Jeminio de Souza



PD-920X80

Livro de animal de estimação

Albúm de autorretrato
feito com abeto sulíbico
e resina

Albúm de
resina

Jef



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Genilmo de Souza Registro: E21 Leito: 09 Setor Atual: ENF II

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

temperatura 36.9

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 () Midriáticas

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

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () 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; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispneia () Outros:

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

Ruidos 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

P脉: () 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'.

1. IDENTIFICAÇÃO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
Nome: Israe de Souza Farias		Registre: 24		Letro: 24 Setor Atual:	
2. AVAÍLAGO GERAL		Sintomas: Tax: 80 C: P: 80 bpm; FR: 120 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 63 bpm; SpO ₂ : 98 %		EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:	
Nível de consciência: (A) Consciente		GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgésia):		Pupilas: (+) Isocônicas (+) Anisocônicas (-) Dilatadas (-) Parafisiásicas (-) Midriáticas (-) Mioses (-) Preservada (-) Paralisia (-) Plegia (-) Paraplegia Local:	
Nível de consciência: (A) Orientado		Lingüagem: (+) Qual? (-) Disfonia (-) Afasia (-) Disfasia (-) Disartria.		Auscultação pulmonar: Múltiplas vesículas presentes (-) Diminuidas (-) Ausentes (-) Eupneia (-) Taquipneia (-) Bradipneia (-) Dispnéia (-) Outros:	
Nível de consciência: (A) Confuso		Respiração: (A) Espontânea (-) Catártica (-) Ventilação: 15 l/min (-) Tradiuostomia (-) Ayre/Tubo T		Tosse: (-) Produtiva (-) Expectorada (-) Quantidade e Specie:	
Nível de consciência: (A) Letargico		Gasometria arterial: PH: 7.40 PCO ₂ : 35 PO ₂ : 98 HCO ₃ : 24 BE: 0 SP0 ₂ : 98 Data: 10/07/2019 Hora: 10:45		Aspiração: Quantidade e Specie:	
Nível de consciência: (A) Torporoso		Percepção dos sentidos: (+) Visão (-) Auditivo (-) Tacto (-) Olfato (-) Paladar Observação:		Alergia: (-) Tranquilo (-) Agitado (-) Agressivo. (-) Risco de queda. Observação:	
Nível de consciência: (A) Comatoso		Regulação cardiorrespiratória: (-) Regular (-) Irregular (-) Impulsivo (-) Flutuante (-) Chedio.		Regulação física:	



PELÉ: (A) Corada () Hipocorda () Cianose () Sudorese () Fria () Arrepiada.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos. () 3 a 5 segundos. () 5 a 10 segundos. () > 10 segundos.	Drogas vasoconstritoras: () Quais?
Auscultação cardíaca: () Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Mapapresso: () Transtorno () Definitivo	Cateter vascular: () Periferico () Central () Dissérgico. Localização: NSC Data da punção: 28/10/19
Edema: () MÍSS () MÍLI () Face () Anasarca. Observações: NSC	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Gagueiro () Obeso.	Dentição: () Completa () Incompleta () Protease.
Alimentação: () VOO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Datal:	Abdome: () Normal () Ausentes () Diminuidos () Aumentados
Arteriogramas: () Isoperfusão () Disfarçado () Tensos () Ascítico () Outros:	RHA: () Normotensos () Ausentes () Distendido () Tensos () Outros:
Allimentação: () VOO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Datal:	Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito mil/l.
Diátese: () Eliminação intestinal: () Normal () Conspíraco hâ. Dis () Outros:	Eliminação urinária: () Normal () Conspíraco hâ. Dis () Outros:
Aspergito: () Outros:	Aspergito: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Coloração da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escorragões () Outro:	Coloração da pele: () Normocorda () Hipocorda () Gicatrica () Turgor da pele: () Preservado
Gonalgões das mucusas: () Úmidas () Secas [Manifestações de sede: ()	Gonalgões das mucusas: () Úmidas () Secas [Manifestações de sede: ()
Início cirúrgicas: () Local/Aspécito:	Início cirúrgicas: () Local/Aspécito:
Dreno: () Tipo/Aspécito:	Dreno: () Estágio: - Local: Debto: Retirado em: Curativo:
Ligeira de pressão: () Cedendo () Cedaria de rodas () Outro:	Ligeira de pressão: () Cedendo () Cedaria de rodas () Outro:
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:	Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
SONO E REPOUSO	SONO E REPOUSO
(A) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sonno interrompido. Observações:	(A) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sonno interrompido. Observações:
4 - AVULGADO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	COMUNICAGÃO, GRÉGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
5 - NECESSIDADES PSICOESPITUAIS	COMMUNICAGAO, GRÉGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Type:	Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Médo: () Ansiedade () Ausência de familiares/vizinhos () Outros:
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE / EU/O SPIRITALIDADE	INTERCORRENCIAS
Assistência do Enfermeiro:	DATA: 29/10/19 HORAS: 236624
Fonte: BORDINHAO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralder.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 inden

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%
% de dívida PIBAT / DPVAT (50% + 25%) = 12,50%

% Invalidez Permanente DPVA1 : (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, retorno 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: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 986127750	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco(237) | <input type="checkbox"/> Itaú(341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil(001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal(104) |

AGÊNCIA: **2047** CONTA: **25004** X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 áqueles 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 32/04/2018**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Paulo Genuino de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.

FPS 001 V001/2018



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

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

Número do documento: 19071119435363400000021981777

Num. 22654807 - Pág. 1

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.

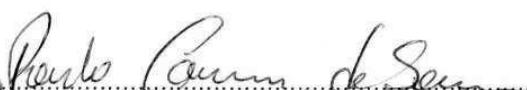
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) PAULO 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.



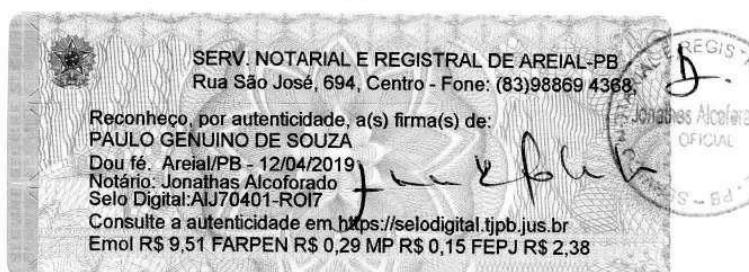
Outorgante

CPF Nº 893.882.674-00

x



"RECONHECER FIRMA 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 - (83) 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 N° 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 Médio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 1.716.241-2^a VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 CPTran, 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 35 65 578, 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

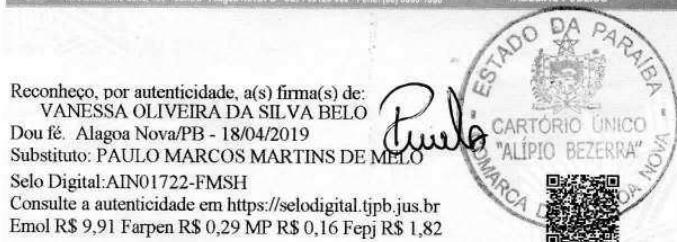
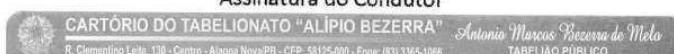
Data do Acidente: 28/ 01/ 2019

Local e Data: ALAGOA NOVA - PB - 18 / Abril de 2019

Vanessa Oliveira da Silva Belo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor



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 Fepj R\$ 1,82



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

ATESTADO

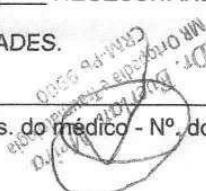
ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Paulo Cunha Jr.

Silveira PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 352 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 26/01/19 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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETAN - PB N° 014082322899 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO				
VIA	COO. RENAVAM	PERÍODO EXERCÍCIO		
1	0106983529-0	00/00000000	2016	
NOME VANESSA OLIVEIRA DA SILVA				
CPF/CNPJ	PLACA			
09013905420	QFR1639/PB			
PLACA ANTIGUA	CHASSI			
2 NOVO PB	9C2KD0810GR414226			
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL			
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL			
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.		
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2015	2016		
CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
2 P/162 /CI	PARTIC	VERMELHA		
I COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS		
P IPVA PAGO EM 00/00/0000	1 ^a			
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^a		
A *****	0	3 ^a		
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	PAGO	25/09/2018
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
ESTADO PARA TRANSFERÊNCIA				
LOCAL		DATA		
ALAGOA NOVA-PB		26/09/2018		
99999999		33553		
VALID				
DENATRAN				
CONTRAN				
SEGUNDO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT				
PB N° 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 922 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.	QTAIRE	NO CHASSI		
2015	9	9C2KD0810GR414226		
PRÊMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
*****	*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO		
*****	SEGURO	PAGO		
PAGAMENTO	DATA DEQUITAÇÃO			
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	25/09/2018			
<input type="checkbox"/> PARCELADO				
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 08.348.808/0001-04				
33553-1514076-20180926				
ANEXO				

PAULO GINUINO DE SOUZA
SIT SERROTE BRANCO, S/N - AREA RURAL
AREAL / PB CEP: 58140000 (AG: 71)

Emissão: 05/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Suóis: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
Rotero: 3-74-429-4645 N° medidor: 03008891480



ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Presidente Getúlio Vargas, 193 - Centro - João Pessoa / PB - CEP: 58001-000
CNPJ: 05.085.193/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.016.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 10018.704-207
Cód. para Débito Automático: 00010799009

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	883.882.674-00 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1879600-3

Canal de contato

Ao perceber luzes dos postes apagadas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Lerida	Data	Lerida	1	9	24			
Demonstrativo									
CCI - Código de Classificação do Item									
0601	Custo de Disponibilidade	24,89	24,89	25	6,17	24,89	0,34	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: 25,39 24,89 5,17 24,79 0,34 1,12
Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

30 12/02/2019 R\$ 25,26

Historico de Consumo (kWh)
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FISCO

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

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Ajurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGMENSAL	11,74	0,00	NOMINAL	220	
DIG TRIMESTRAL	23,48			6,09	24,11
DIG ANUAL	48,92			8,98	34,39
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA	0,95	3,78
FIC TRIMESTRAL	15,48		LIMITE INFERIOR	1,44	5,70
FIC ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR	8,10	32,07
DRIC	8,49	0,00		0,00	0,00
DICRI	18,63			Total	100,00

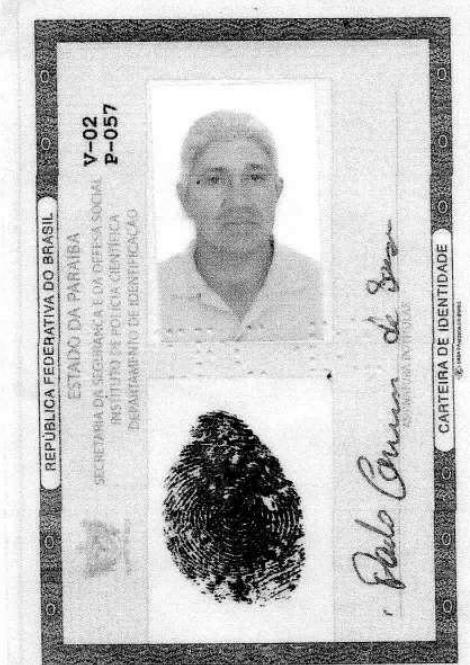
ATENÇÃO

Valor em EUROS Ref: 12/02/2019 00:00:00

Faturas em atraso

- Leitura confirmada





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



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435363400000021981777>
Número do documento: 19071119435363400000021981777

Num. 22654807 - Pág. 8



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

Num. 22654808 - Pág. 1



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/DOCONCIAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=23636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIA

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 D'AGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA	Número: 65	Complemento: ---
Bairro: OLHO D'AGUA	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

Assinatura do Declarante



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



Ligação: MONOFÁSICO
Clf/Serv: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 814 - 299
Medidor: 00008716750

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km26 - Crotô Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.095.189/0001-40 - Ins. Est: 16.015 023-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°023.090.423
Cóp. para Déb. Automático: 00017321514

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	093.510.564-65 Insc. Est.

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 2019 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 nossas 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 Leitura	Data Leitura			
11/03/19 3794	09/04/19 3938	1	144	28

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Calc. Pst(R\$)	Pst(R\$)	Cofins(R\$)
									Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMs 0,00% Pst(Cofins(R\$)) 0,0845% (4,9956%)
0501 Consumo em kWh									
0501	Consumo em kWh	144.000	0,854400	123.03	123.03	27	33,21	123.03	1,33 6,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2018	0,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018	2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN Código de Classificação do Item TOTAL 129,41 123,03 33,21 123,03 1,33 6,14
Tarifa s/ Tributos 0,571770

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

Histórico de Consumo (kWh)

118		101		113		112		105		114		130		140		161		178		123		123
Abri/18		Maio/18		Jun/18		Jul/18		Agosto/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-Area			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC/MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL	220	29,21 22,75
DIC/TRIMESTRAL	12,94			43,69	35,48
DIC/ANUAL	25,89			43,69	35,48
FIC/MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA	46,06	35,93
FIC/TRIMESTRAL	8,86		LIMITEINFERIOR	46,06	35,93
FIC/ANUAL	13,70		LIMITESUPERIOR	0,00	0,00
DMC	9,89	0,00		0,00	0,00
DIC/R	12,22			Total	128,41 100,00

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

ATENÇÃO

Abri/Verde: #ChegadaAcidente de Trabalho

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: 093.510.564-65				
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000				
Nosso Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
26249120000438900	C01732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183 / 0001-40				



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:55
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435461400000021981778
Número do documento: 19071119435461400000021981778

Num. 22654808 - Pág. 3

 <p>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</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.2.19.00338/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM 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
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 622,49
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 224909283182 520190731007 421900338011</p>			Valor final: R\$ 622,49

 <p>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</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.2.19.00338/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM 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
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 622,49
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 224909283182 520190731007 421900338011</p>			Valor final: R\$ 622,49

 <p>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</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.2.19.00338/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM 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
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 622,49
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 224909283182 520190731007 421900338011</p>			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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435540600000021981779>
Número do documento: 19071119435540600000021981779

Num. 22654809 - Pág. 2

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 judicia 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

