
Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299612

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299612

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000908-3

Conta: 000010021574-2

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 087.403.914-25 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO CPF: 087.403.914-25

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio Cachoeira Barbosa Baixo Número: s/n Complemento:
Bairro: área rural Cidade: Ingá Estado: PB CEP: 58380-000
E-mail: lsraelfariasadv@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)
☒ Banco do Brasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

AGÊNCIA: 0908 3 CONTA: 21574 0
(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) ☐ Divorçado ☐ 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: 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: Juarez Pereira - PB 17/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
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.



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 - 58400-000 - (83) 3310-5308



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 000067/19 registrada em 08/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito 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 VEÍCULOS, 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 14:41 horas, compareceu o Sr. JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO, com 33 anos de idade, filho de MANOEL ELIAS RIBEIRO NETO e JOSEFA MARIA RIBEIRO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.159.104, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08740391426, residindo à rua SÍTIO CACHORIERA DOS BARBOSAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de INGÁ - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 14h30min do dia 07.01.2019, estava trafegando pela Rodovia BR 079, na cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo o veículo tipo GM/CHEVETTE DL, ano/modelo 1991/1991, cor cinza, chassi nº 9BGTC11JMMC131563, de placa KFL-2987/PB, licenciado em nome de Maria Aparecida P. dos Santos, quando ao tentar realuzar a ultrapassagem de um caminhão, sem a atenção devida, colidiu frontalmente com outro veículo tipo VW/FOX, de cor preta, de placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgico, 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; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do outro veículo envolvido do acidente, caso o mesmo seja identificado; Que, acrescenta o comunicante que está impossibilitado de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 8 de Abril de 2019

José Marinaldo Elias Ribeiro

JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Declarante

José Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 087.403.914-25 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO CPF: 087.403.914-25

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio Cachoeira Barbosa Baixo Número: s/n Complemento:
Bairro: área rural Cidade: Ingá Estado: PB CEP: 58380-000
E-mail: lsraelfariasadv@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
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)
☒ Banco do Brasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0908 3 CONTA: 21574 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (val 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, Joazeiro Paraíba - PB 17/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
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.



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (8.E) Nº: 1808762 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafnas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/01/2019
Boletim de Emergência (8.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS CEP: 58380000 Nascimento: 11/05/1985

RIBEIRO

Endereço: SÍTIO CACHOEIRA DOS BARBOSA Sexo: M Telefone:

Cidade: Ingá Idade: 033 Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: RG: Nº: 0 Profissão:

Responsável: CPF: Data de

Estado Civil: Alameda: 07/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO Hora: 15:30:12

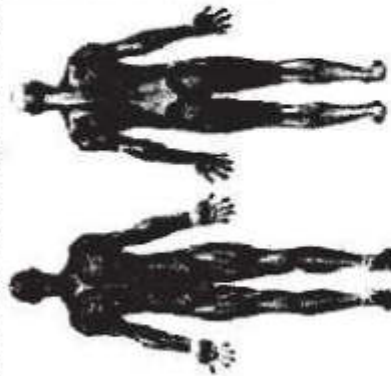
Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abalo 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Despreção 6. Dor 7. Edema 8. Empalhamento 9. Erifema subcutâneo 10. Enagamento 11. Equimose 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Cortado 15. F. Cortante 16. F. Corto-contuso 17. F. Perfuro-contuso 18. F. Perfuro-cortante 19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hematoma 22. Injurgimento Venoso 23. Laceração 24. Lesão tendão 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradosal 28. Objeto Encaixado 29. Otorrquia 30. Paralisia 31. Perda 32. Perissia 33. Queimadura 34. Rinoquia 35. Sinal de laqueia 36.



OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID: Acidente de carro

EXAME PRIMÁRIO - CLÍNICOS

Exame primário - clínicos
Apresenta-se com o nível de consciência, pupilas e reações
Nega perda de consciência, vômitos e incontinência
Alta da cirurgia geral.

ALERGIA: ☒

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

PA HGT: SATO2

EXAMES SOLICITADOS:

Exames solicitados

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

Ultrassonografia: TOMOGRAFIA

Radiografias: REALIZADA: M:

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

16/01/19

15:30

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00908-3

CONTA: 000010021574-2

Nr. da Autenticação 20914A10002682B5

MARIA DO SOCORRO ALVES
SIT CACHOEIRA BAIXA S/A - AREA RURAL
INGA / PB CEP: 66200-000 (AG 113)

Emissão: 25/02/2019 Referência: Fev / 2019

Class/Subcl: RURAL / AGROPECUARIA RURAL, MONOFASICA, Km25 - Cria Resolutor João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro 16 - 86 - 781 - 300 Nº medidor 0000454900

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.985.183/0001-40 Ins. Est 15.015.823-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 020.733.103
Cód. para Ddd. Automático: 0000454900

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Fev / 2019	25/02/2019	26/03/2019	980.748.734-04 Ins. Est

UC (Unidade Consumidora) 5/648383-8

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
25/01/19	31218	25/02/19	31515	1	297	31			
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa/R\$	Valor Base Calc	Alq. (R\$/R\$)	Base Calc Pa (R\$)	Pa (R\$)	Cobrança (R\$)	
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pa/Cobrança (R\$)	(0,8905%)	(H,3824%)	
0801	Consumo em kWh	297,000	0,423780	125,88	0,00	0,00	125,88	1,25	5,74
0810	Subsídio			53,93	0,00	0,00	53,93	0,53	2,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO LUZ PÚBLICA			3,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			1,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018			2,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR OMC 12/2018			5,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-53,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do item	TOTAL	129,97	0,00	0,00	179,78	1,78	8,20
Módulo Utilizado (valor)		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR				
344		06/03/2019		R\$ 129,97				
		Histórico de Consumo (kWh)						

387 | 384 | 402 | 384 | 257 | 321 | 385 | 335 | 359 | 381 | 331 | 295
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

a942 cc61.5be6.68c9.9a1d.622c.675d.8dbe.

Indicadores de Qualidade			12/2018 - Faturado	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	11,58	13,39	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	23,19			
DIC ANUAL	46,36		CONTRATADA LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR	202 231
FIC MENSAL	7,57	2,00		
FIC TRIMESTRAL	13,34			
FIC ANUAL	30,69			
OMC	8,28	13,78		
DIC	16,50			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	42,18	30,96
Compra de Energia	6,58	4,61
Serviço de Transmissão	9,97	7,32
Encargos Sociais	17,42	12,78
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços		
Total	136,25	100,00

Valor do CUSTO (R\$) 12/2018 R\$ 20,00

ATENÇÃO

Para evitar o VENCIMENTO - Caso a(s) fatura(s) apurada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento, após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ao seu cliente antes de não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a(s) fatura(s) não esteja(m) em dia, a(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Suavização DEC 7.501/13 R\$ 50,94 Isento ICMS.

Pagamento em atraso

Jan/19 132,18

COMPREV
3 0 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR-200, Km-25 - Oratório Reservec - João Pessôa/PB - CEP 54071-000
 CNP. 08.045.183/0001-40 - Tel: Est 10.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº020.090.400
Cód. para Del. Automática: 00017321614

A second, smaller, study was also conducted by

UP (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Catal de contact:

O Conselho de Administração da Ambev tem o prazer de convidar todos os acionistas para a Assembleia Geral Ordinária da Companhia, a ser realizada em 20 de novembro de 2019, às 14h, no Auditório da Ambev, localizada no endereço: Rua da Assembleia, 150, Centro, Curitiba, Paraná, CEP 80010-000.

Demonstrativo									
COD	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base	Custo	Aliq	Unidade	Base Cálculo	Valor
2901	Consumo em km	164.000	0,04	6.560	13.552	27		32,31	123.059
	LANÇAMENTOS e SERVIÇOS								1,39
2907	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			2,00	0,00	0		0,00	0,00
0204	JUROS DEMORA 02/2018			0,33	0,00	0		0,33	0,00
0208	MULTA 02/2018			2,17	0,00	0		0,00	0,10

ICR - Carga de Classificação de bens	TOTAL	120,41	102,03	30,29	125,33	9,33	0,14
Taxa de Tabelas	0,521770						

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

11/05/2019 R\$ 128,41

11/20/2010 10:10:10 AM

116	121	133	112	108	114	130	140	151	179	120	123
Apr15	May15	Jun15	Jul15	Aug15	Sep15	Oct15	Nov15	Dec15	Jan16	Feb16	Mar16

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade	Composição do Consumo	
	Valor	

Classificação	1981	1982
Serviços de Defesa Energética	29,21	29,21
Outros	41,83	41,83

DIÁRIO	6,47	0,00	SEMANAL	220
DIÁRIO	12,94			
DIÁRIO	25,88			

CONTRATADA	300		
UNIFORMES	237		
NOTE OUTRO			
Total	128.41	100	

DMP	3.89	-0.60
DCAF	12.22	

Valor do EUSD (Ref: 2/2019) R\$ 28,09

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00100 00100 02624 012008 00243 800172 1 7886000012841

PAGADOR: JOELSON CARVALHO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 063.510.564-65

Nº do Doc.	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
------------	-----------------	--------------------	--------------------	------------

23249120000143900	01/12/2015	11/05/2016	RS - 2011
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ:06.096.183/0001-40			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | 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/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.403.914 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.403.914 / 26, 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'ÁGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: —

Bairro: OLHO D'ÁGUA

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, 30/04/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Mário Augusto de Jesus		
End:	Rua Sebastião do Rio Preto		
Data de Nascimento:	05.05.95	Documento de Identificação:	7900
Quêta:	01.01.19	Data do Atendimento:	01.01.19
Admissão de trabalho?	() Sim	() Não	
Classificação de Risco			
Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Ruim
Frequência respiratória:	() Normal	() Aumentada	() Diminuída
Pressão arterial:	() Normal	() Aumentada	() Diminuída
Doença de HGT:	() Não	() Sim	
Quêta de trabalho:	() Livre	() Cadeia de rodas	() Morte
Estratificação			
Vermelho - atendimento imediato até 1 hora			
Amarelo - atendimento até 4 horas			
Verde - atendimento até 24 horas			

Assinatura e rubrica do profissional

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Jose Manuelto Elan	Idade:	33 anos
Contratado:	SUS	Data:	24/03/2015
Procedimento:	Tratamento de fratura de calcâneo e		
Cirurgião:	Dr. Rodolfo de Sousa	Auxiliar:	
	Dr. Galvão	Anestesiologista:	
Intelo:	13-17	Término:	Nr. 30
		Assinatura	logica

Hour	PA	Pulse	SAT 02	Respiratory	A. Motion	Conscience
15:40	125 x 34	65.6 bpm	95.1	Lower + 5 Hz/eng	-	Asymmetrical
15:20	126 x 33	59 bpm	95.1	Quiescent Strongly	-	Severe ataxia
16:15	189 x 30	56 bpm	95.7	Quiescent	-	Increased ataxia
16:35	128 x 68	39 bpm	96.1	Quiescent Strongly	+	Unconsciously

[illegible]**Observations:**

811463

Asinatura Anestesia

Cirujano

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para alturas 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		
Apnéia = 0		
Respiração limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

PRÉDIO DE FARMACIA

HOSPITAL DE TEXEIRA

ENDEREÇO

NOME DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO

PRODOTO

RES.

QUANT.

COD. ROMF

DATA DA VENCIMENTO

DATA DA COMPRAÇÃO

NOME RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Roberto A. Lira

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

CRM: 10.000

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRIAGEM
DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO

CEP

UF

FOLHA DE ANESTESIA

DR. MEDICINA

DATA

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

DATA

CEP

UF

CEP

UF

 GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO SECRETARIA DE EMERGÊNCIA E TRATAMENTO DE LUX AGUDA PERMANENTE		REQUISICÃO DE EXAME	
NOME: <i>Sr. Marcelle. Mac</i>		PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO: <i>M</i> ☒ <i>F</i> ☐	
COR: <i>B</i> ☒ <i>P</i> ☐ <i>A</i> ☐		PESO:	
ALTURA:		CLÍNICA:	
ENF.:		LETO:	
DADOS CLÍNICOS: <i>clonid. cont. - cont.</i>			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: <i>Rx de tórax (C) AP e Perfil</i> <i>Rx de pâncreas (C) AP e perfil</i> <i>Clínica Digestiva</i> <i>DR. ASSIS</i>			
URGÊNCIA: ☐		ROTINA: ☐	
DATA: <i>07/01/09</i>		HORA DA SOLICITAÇÃO:	



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



Paciente: JOSE MARVALDO E. RIBEIRO
Data: 08/01/2019 11:57
Módulo: 33 anos
Médico: NÃO INFORMADO
Arquivo: ARMA AMARELA
Linha: 00

HEMOGRAMA
(em g/L ou g/dL)

Resultados	Valores de Referência
Hemoglobina	4,21 g/dL
Hematócrito	13,5 a 16,0 g/dL
Hemoglobina	42,0 g/dL
Hemoglobina	40,0 a 52,5 g/dL
Hemoglobina	42,0 g/dL
Hemoglobina	40,0 a 52,5 g/dL
Hemoglobina	42,0 g/dL
Hemoglobina	40,0 a 52,5 g/dL
Hemoglobina	42,0 g/dL
Hemoglobina	40,0 a 52,5 g/dL

PLAQUETAS

Plaquetas	9.600 /mm ³	(1/mm ³)	1.000 a 10.000 /mm ³
-----------	------------------------	----------------------	---------------------------------

Neutrófilos	0	0	0
Monócitos	0	0	0
Eosinófilos	0	0	0
Linfócitos	0	0	0
Basófilos	0	0	0
Plaquetas	0	0	0
Leucócitos	0	0	0
Neutrófilos	0	0	0
Monócitos	0	0	0
Eosinófilos	0	0	0
Linfócitos	0	0	0
Basófilos	0	0	0
Plaquetas	0	0	0
Leucócitos	0	0	0

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Assistente Miguel Aguiar
CRM 0451

Imprimindo em: 08/01/2019 11:57 - 00:00 - 00:00



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



Paciente: JOSE MARVALDO E. RIBEIRO
Data: 08/01/2019 11:57
Módulo: 33 anos
Médico: NÃO INFORMADO
Arquivo: ARMA AMARELA
Linha: 00

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Tempo de Coagulação	1,15"	Valores de Referência
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"
Tempo de Coagulação	1,15"	1,15"

Assistente Miguel Aguiar
CRM 0451

Imprimindo em: 08/01/2019 11:57 - 00:00 - 00:00



PNCQ
Prestadora Nacional
de Serviços de Qualidade

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F336-E43-323-2019-325C-81CC-398E-C64D



PNCQ
Prestadora Nacional
de Serviços de Qualidade

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 45A3-6516-1497-ABF9-997E-2228-05SD-968A

Pilo: ☒ Corado ☐ Hipocrático ☐ Canos ☐ Glauco ☐ Sanguinolento ☐ Sanguinolento
 Tempo de enchimento capilar: ☒ < 3 segundos ☐ 3 a 5 segundos ☐ > 5 segundos ☐ Não palpável
 Drogas vasotivas: ☐ Quais?
 Ausculta cardíaca: ☐ Rítmica ☐ Arritmica ☐ Sopros ☐ Outros: Murmúros ☐ Transiente ☐ Jactancioso
 Cefaleia vascular: ☒ Periférica ☐ Central ☐ Dissecção. Localização: M.S.D. 3da da cabeça Je 01/19
 Edema: ☐ MANS ☐ MALL ☐ Face ☐ Anaxema. Observações:
 ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES INTESTINAL E URETERAL
 Tipo alimentar: ☒ Natural ☐ Emagrecido ☐ Caquético ☐ Luto
 Digestão: ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Pródiga
 Alimentação: ☒ NVO ☐ SNE ☐ Permeável ☐ Defecação: ☐ Normal ☐ Alterada
 Alterações: ☐ Impulsiva ☐ Diarreia ☐ Incontinência urinária ☐ Incontinência fecal ☐ Incontinência urinária
 Abdomen: ☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Risco ☐ Escalofr
 RPA: ☒ Normotensa ☐ Ausente ☐ Diminuída ☐ Ausente
 Eliminação urinária: ☒ Normal ☐ Líquida ☐ Concentrada ☐ Urina: ☐ Normal ☐ Alterada
 Eliminação fecal: ☒ Espontânea ☐ Retida ☐ Incontinência ☐ Hematúria ☐ JNU Oculu
 Aspecto: ☐ Jatores ☐ Oligomúscos
 INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Coloração da pele: ☐ Inteira ☐ Ressecada ☐ Equimoses ☐ Hematomas ☐ Escoriações ☒ Escoriações
 Coloração da pele: ☒ Normocrômica ☐ Hipocrômica ☐ Ictérica ☐ Ictérica ☐ Fúgida ☐ Fúgida
 Condições das mucosas: ☒ Úmidas ☐ Secas ☐ Manifestações de pele: ☐ Pericardite
 Incisão cirúrgica: ☐ Local/Aspecto: Apurada em M.S. Curativo em: ☐ Curativo
 Dreno: ☐ Tipo/Aspecto: Apurada em M.S. Curativo em: ☐ Curativo
 Úlcera de pressão: ☐ Estágio: ☐ Local: ☐ Descrição: ☐ Curativo
 CLIMADO CORPORAL
 Estado corporal: ☐ Independente ☒ Dependente ☐ Permeável ☐ Incontinência ☐ Incontinência
 Higiene corporal: ☒ Satisfatória ☐ Insatisfatória ☐ Múltiplas ☐ Múltiplas
 Limpeza física: ☒ Acumulado ☐ Cauda de micos ☐ Não
 SONO E REPOUSO
☒ Preservado ☐ Insônia ☐ Dorme durante o dia ☐ Sono interrompido ☐ Interrupção
 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS
 COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: ☒ Preservada ☐ Preservada ☐ Preservada ☐ Preservada
☐ Ausente ☐ Ausente de familiaridade ☐ Outros: ☒ Outros
 5. NECESSIDADES PSICOMOTORIAS
 Religião / RELIGIOSIDADE E/OU ESPERANÇAS
 Tipo: ☐ Prática ☐ Não Prática ☐ Suscetível
 INTERCORRÊNCIAS
Apurada em M.S.
 Cermão e Assinatura do Enfermeiro: Je 01/19 HORA: 18

MONTE BOMZINHO, R.1, Caixa de correio 100, 11.100-000, São Paulo, SP.

GOVERNO
 DA PARÁIBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
 1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: DOE POUINATO Registro: 13 Lote: 0101
 2. AVALIAÇÃO GERAL
 Sinal vital: Tax. ☐ C. P. ☐ bpm: FR. ☐ bpm: PA. ☐ mmHg: FC. ☐ bpm: SPO2 ☐ %
 HGT: ☐ mg/dL: Peso: ☐ Kg: Altura: ☐ cm: Dente: ☐ Local: ☐ Obs.:
 EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOMOTORIAS
 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
 Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Comatado ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatado ☐ Out
 Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D-E ☐ E-D ☐ Fotomorgias ☐ Mioticas ☐ Mioticas
 Mobilidade física: ☒ Preservada ☐ Paralisia ☐ Paralisia ☐ Paralisia ☐ Paralisia
 Linguagem: ☐ Oral ☐ Dislalia ☐ Alalia ☐ Disfasia ☐ Disfasia
 Obs.:
 OXIGENAÇÃO
 Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi ☐ Venturi ☐ Venturi ☐ Venturi
☐ VNI ☐ VNI TOT ☐ Composição: ☐ FIO2 ☐ % PEEP ☐ cmH2O
☐ Espontânea ☐ Turgente ☐ Bradipnéia ☐ Dispneia ☐ Outros:
 Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: ☐ Diminuído ☐ JE
 Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:
 Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva ☐ Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:
 Aspiração: Quantidade e aspecto: ☐ Quantidade e aspecto:
 Data da inserção de dreno: ☐ PCOs: ☐ PO2: ☐ HCO3: ☐ EB: ☐ SPO2: ☐ Data: ☐ Hora:
 PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS
 Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:
 SEGURANÇA FÍSICA
☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda. Observação:
 REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR
 Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impulsivo ☐ Filiforme ☐ Cheio.

Pele:	☒ Corada	☐ Hipocorada	☐ Cianose	☐ Sudorose	☐ Fria	☐ Aquedida
Tempo de enchimento capilar:	☒ < 3 segundos	☐ > 3 segundos	☐ Turbidez jugular:	☐		
Drugs vasculares:	☐ Quais?					
Autoculpa cardíaca:	☐ Rítmica	☐ Arritmica	☐ Segura	☐ Outra	Marcapasso:	☐ Translúcido
Cardíaco vascular:	☒ Periférico	☐ Central	☐ Desacção	Localização:	HSD Data da punção: 16/01/19	
Edema:	☐ SAKS	☐ MALL	☐ Foca	☐ Anasarca	Observações:	
ALIMENTAÇÃO E EXLIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipos sensíveis:	☒ Nundo	☐ Enjameado	☐ Cerebrito	☐ Ocho		
Dentição:	☐ Completa	☐ Incompleta	☐ Próssa			
Alimentação:	☒ NO	☐ SMO	☐ SNE	☐ Jactante	☐ Mijonante	☐ NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações:	☐ Inapetência	☐ Disgeia	☐ Indiferença alimentar	☐ Vômito	☐ Prose	☐ Jucose:
Adesões:	☒ Normotonia	☐ Jactando	☐ Teno	☐ Mucoso	☐ Jucose	
RUA:	☒ Normal	☐ Jucose	☐ Disinibidos	☐ Aumentados		
Eliminação intestinal:	☒ Normal	☐ Jucose	☐ Constaçado na	☐ dias	☐ Jucose:	
Eliminação urinária:	☒ Esporádica	☐ Relação	☐ Incomência	☐ Jucose	☐ SVD	☐ Debito mL/h
Aspecto:	☐ Jucose	Observações:				
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condção da pele:	☒ Intgra	☐ Resacaada	☐ Equimosa	☐ Hemorrágica	☐ Escorções	☐ Jucose
Coloração da pele:	☒ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Jucose	☐ Jucose	Turgor da pele:	☐ Preservado
Condições das mucosas:	☐ Úmidas	☐ Secas	Manifestações da sede:	☐		
Inclação cirúrgica:	☐ Local/Aspecto:	Curto em: ____/____/____				
Dreno:	☐ Tipo/Aspecto:	Local:	Debito:	Relação em: ____/____/____		
Úlcera da pressão:	☐ Feitço:	Local:	Debito:	Curto em: ____/____/____		
CUIDADO CORPORAL						
Estado corporal:	☐ Independente	☒ Totalmente dependente	Observações:			
Higiene corporal:	☒ Satisfatória	☐ Insatisfatória	Higiene Corporal:	☐ Satisfatória	☐ Insatisfatória	
Limpeza física:	☐ Jucado	☐ Cadeia de roda	☐ Outra:			
BOND E REPOUSO						
☒ Preservado	☐ Insatis	☐ Dura durante o dia	☐ Sono interrompido	Observações:		
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	☒ Preservada	☐ Prejudicada	Sentimentos e comportamentos:	☐ Cooperativo	☐ Mado:	
☐ Anstética	☐ Ausência de barreiras	☐ Outra:				
6. NECESSIDADES PSICOPACIÊNCIAS						
RELIGIO / RELIGIOSIDADE E/O ESPIRITUALIDADE						
Tipos:	☐ Prático	☐ Não prático	Observações:			
INTERFERÊNCIAS						
<i>Apresenta procedimento disruptivo.</i>						

GOVERNO DA PARÁ									
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES									
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM									
1. IDENTIFICAÇÃO									
Nome:	Scel Marinho Elias			Registro:			Leito:	3	
2. AVALIAÇÃO GERAL									
Sinal vital:	Temp:	FC:	P:	bpn:	FR:	inpt:	PK:	sentir:	FC:
HGT:	mg/L:	Pass:	Kg:	Alture:	cm:	Don:	☐	Local:	Obs:
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:									
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS									
REGULAÇÃO NEIROLOGICA									
Nível de consciência: ☒ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐ G5 ☐ G6 ☐ G7 ☐ G8 ☐ G9 ☐ G10 ☐ G11 ☐ G12 ☐ G13 ☐ G14 ☐ G15 ☐ G16 ☐ G17 ☐ G18 ☐ G19 ☐ G20 ☐ G21 ☐ G22 ☐ G23 ☐ G24 ☐ G25 ☐ G26 ☐ G27 ☐ G28 ☐ G29 ☐ G30 ☐ G31 ☐ G32 ☐ G33 ☐ G34 ☐ G35 ☐ G36 ☐ G37 ☐ G38 ☐ G39 ☐ G40 ☐ G41 ☐ G42 ☐ G43 ☐ G44 ☐ G45 ☐ G46 ☐ G47 ☐ G48 ☐ G49 ☐ G50 ☐ G51 ☐ G52 ☐ G53 ☐ G54 ☐ G55 ☐ G56 ☐ G57 ☐ G58 ☐ G59 ☐ G60 ☐ G61 ☐ G62 ☐ G63 ☐ G64 ☐ G65 ☐ G66 ☐ G67 ☐ G68 ☐ G69 ☐ G70 ☐ G71 ☐ G72 ☐ G73 ☐ G74 ☐ G75 ☐ G76 ☐ G77 ☐ G78 ☐ G79 ☐ G80 ☐ G81 ☐ G82 ☐ G83 ☐ G84 ☐ G85 ☐ G86 ☐ G87 ☐ G88 ☐ G89 ☐ G90 ☐ G91 ☐ G92 ☐ G93 ☐ G94 ☐ G95 ☐ G96 ☐ G97 ☐ G98 ☐ G99 ☐ G100 ☐ G101 ☐ G102 ☐ G103 ☐ G104 ☐ G105 ☐ G106 ☐ G107 ☐ G108 ☐ G109 ☐ G110 ☐ G111 ☐ G112 ☐ G113 ☐ G114 ☐ G115 ☐ G116 ☐ G117 ☐ G118 ☐ G119 ☐ G120 ☐ G121 ☐ G122 ☐ G123 ☐ G124 ☐ G125 ☐ G126 ☐ G127 ☐ G128 ☐ G129 ☐ G130 ☐ G131 ☐ G132 ☐ G133 ☐ G134 ☐ G135 ☐ G136 ☐ G137 ☐ G138 ☐ G139 ☐ G140 ☐ G141 ☐ G142 ☐ G143 ☐ G144 ☐ G145 ☐ G146 ☐ G147 ☐ G148 ☐ G149 ☐ G150 ☐ G151 ☐ G152 ☐ G153 ☐ G154 ☐ G155 ☐ G156 ☐ G157 ☐ G158 ☐ G159 ☐ G160 ☐ G161 ☐ G162 ☐ G163 ☐ G164 ☐ G165 ☐ G166 ☐ G167 ☐ G168 ☐ G169 ☐ G170 ☐ G171 ☐ G172 ☐ G173 ☐ G174 ☐ G175 ☐ G176 ☐ G177 ☐ G178 ☐ G179 ☐ G180 ☐ G181 ☐ G182 ☐ G183 ☐ G184 ☐ G185 ☐ G186 ☐ G187 ☐ G188 ☐ G189 ☐ G190 ☐ G191 ☐ G192 ☐ G193 ☐ G194 ☐ G195 ☐ G196 ☐ G197 ☐ G198 ☐ G199 ☐ G200 ☐ G201 ☐ G202 ☐ G203 ☐ G204 ☐ G205 ☐ G206 ☐ G207 ☐ G208 ☐ G209 ☐ G210 ☐ G211 ☐ G212 ☐ G213 ☐ G214 ☐ G215 ☐ G216 ☐ G217 ☐ G218 ☐ G219 ☐ G220 ☐ G221 ☐ G222 ☐ G223 ☐ G224 ☐ G225 ☐ G226 ☐ G227 ☐ G228 ☐ G229 ☐ G230 ☐ G231 ☐ G232 ☐ G233 ☐ G234 ☐ G235 ☐ G236 ☐ G237 ☐ G238 ☐ G239 ☐ G240 ☐ G241 ☐ G242 ☐ G243 ☐ G244 ☐ G245 ☐ G246 ☐ G247 ☐ G248 ☐ G249 ☐ G250 ☐ G251 ☐ G252 ☐ G253 ☐ G254 ☐ G255 ☐ G256 ☐ G257 ☐ G258 ☐ G259 ☐ G260 ☐ G261 ☐ G262 ☐ G263 ☐ G264 ☐ G265 ☐ G266 ☐ G267 ☐ G268 ☐ G269 ☐ G270 ☐ G271 ☐ G272 ☐ G273 ☐ G274 ☐ G275 ☐ G276 ☐ G277 ☐ G278 ☐ G279 ☐ G280 ☐ G281 ☐ G282 ☐ G283 ☐ G284 ☐ G285 ☐ G286 ☐ G287 ☐ G288 ☐ G289 ☐ G290 ☐ G291 ☐ G292 ☐ G293 ☐ G294 ☐ G295 ☐ G296 ☐ G297 ☐ G298 ☐ G299 ☐ G300 ☐ G301 ☐ G302 ☐ G303 ☐ G304 ☐ G305 ☐ G306 ☐ G307 ☐ G308 ☐ G309 ☐ G310 ☐ G311 ☐ G312 ☐ G313 ☐ G314 ☐ G315 ☐ G316 ☐ G317 ☐ G318 ☐ G319 ☐ G320 ☐ G321 ☐ G322 ☐ G323 ☐ G324 ☐ G325 ☐ G326 ☐ G327 ☐ G328 ☐ G329 ☐ G330 ☐ G331 ☐ G332 ☐ G333 ☐ G334 ☐ G335 ☐ G336 ☐ G337 ☐ G338 ☐ G339 ☐ G340 ☐ G341 ☐ G342 ☐ G343 ☐ G344 ☐ G345 ☐ G346 ☐ G347 ☐ G348 ☐ G349 ☐ G350 ☐ G351 ☐ G352 ☐ G353 ☐ G354 ☐ G355 ☐ G356 ☐ G357 ☐ G358 ☐ G359 ☐ G360 ☐ G361 ☐ G362 ☐ G363 ☐ G364 ☐ G365 ☐ G366 ☐ G367 ☐ G368 ☐ G369 ☐ G370 ☐ G371 ☐ G372 ☐ G373 ☐ G374 ☐ G375 ☐ G376 ☐ G377 ☐ G378 ☐ G379 ☐ G380 ☐ G381 ☐ G382 ☐ G383 ☐ G384 ☐ G385 ☐ G386 ☐ G387 ☐ G388 ☐ G389 ☐ G390 ☐ G391 ☐ G392 ☐ G393 ☐ G394 ☐ G395 ☐ G396 ☐ G397 ☐ G398 ☐ G399 ☐ G400 ☐ G401 ☐ G402 ☐ G403 ☐ G404 ☐ G405 ☐ G406 ☐ G407 ☐ G408 ☐ G409 ☐ G410 ☐ G411 ☐ G412 ☐ G413 ☐ G414 ☐ G415 ☐ G416 ☐ G417 ☐ G418 ☐ G419 ☐ G420 ☐ G421 ☐ G422 ☐ G423 ☐ G424 ☐ G425 ☐ G426 ☐ G427 ☐ G428 ☐ G429 ☐ G430 ☐ G431 ☐ G432 ☐ G433 ☐ G434 ☐ G435 ☐ G436 ☐ G437 ☐ G438 ☐ G439 ☐ G440 ☐ G441 ☐ G442 ☐ G443 ☐ G444 ☐ G445 ☐ G446 ☐ G447 ☐ G448 ☐ G449 ☐ G450 ☐ G451 ☐ G452 ☐ G453 ☐ G454 ☐ G455 ☐ G456 ☐ G457 ☐ G458 ☐ G459 ☐ G460 ☐ G461 ☐ G462 ☐ G463 ☐ G464 ☐ G465 ☐ G466 ☐ G467 ☐ G468 ☐ G469 ☐ G470 ☐ G471 ☐ G472 ☐ G473 ☐ G474 ☐ G475 ☐ G476 ☐ G477 ☐ G478 ☐ G479 ☐ G480 ☐ G481 ☐ G482 ☐ G483 ☐ G484 ☐ G485 ☐ G486 ☐ G487 ☐ G488 ☐ G489 ☐ G490 ☐ G491 ☐ G492 ☐ G493 ☐ G494 ☐ G495 ☐ G496 ☐ G497 ☐ G498 ☐ G499 ☐ G500 ☐ G501 ☐ G502 ☐ G503 ☐ G504 ☐ G505 ☐ G506 ☐ G507 ☐ G508 ☐ G509 ☐ G510 ☐ G511 ☐ G512 ☐ G513 ☐ G514 ☐ G515 ☐ G516 ☐ G517 ☐ G518 ☐ G519 ☐ G520 ☐ G521 ☐ G522 ☐ G523 ☐ G524 ☐ G525 ☐ G526 ☐ G527 ☐ G528 ☐ G529 ☐ G530 ☐ G531 ☐ G532 ☐ G533 ☐ G534 ☐ G535 ☐ G536 ☐ G537 ☐ G538 ☐ G539 ☐ G540 ☐ G541 ☐ G542 ☐ G543 ☐ G544 ☐ G545 ☐ G546 ☐ G547 ☐ G548 ☐ G549 ☐ G550 ☐ G551 ☐ G552 ☐ G553 ☐ G554 ☐ G555 ☐ G556 ☐ G557 ☐ G558 ☐ G559 ☐ G560 ☐ G561 ☐ G562 ☐ G563 ☐ G564 ☐ G565 ☐ G566 ☐ G567 ☐ G568 ☐ G569 ☐ G570 ☐ G571 ☐ G572 ☐ G573 ☐ G574 ☐ G575 ☐ G576 ☐ G577 ☐ G578 ☐ G579 ☐ G580 ☐ G581 ☐ G582 ☐ G583 ☐ G584 ☐ G585 ☐ G586 ☐ G587 ☐ G588 ☐ G589 ☐ G590 ☐ G591 ☐ G592 ☐ G593 ☐ G594 ☐ G595 ☐ G596 ☐ G597 ☐ G598 ☐ G599 ☐ G600 ☐ G601 ☐ G602 ☐ G603 ☐ G604 ☐ G605 ☐ G606 ☐ G607 ☐ G608 ☐ G609 ☐ G610 ☐ G611 ☐ G612 ☐ G613 ☐ G614 ☐ G615 ☐ G616 ☐ G617 ☐ G618 ☐ G619 ☐ G620 ☐ G621 ☐ G622 ☐ G623 ☐ G624 ☐ G625 ☐ G626 ☐ G627 ☐ G628 ☐ G629 ☐ G630 ☐ G631 ☐ G632 ☐ G633 ☐ G634 ☐ G635 ☐ G636 ☐ G637 ☐ G638 ☐ G639 ☐ G640 ☐ G641 ☐ G642 ☐ G643 ☐ G644 ☐ G645 ☐ G646 ☐ G647 ☐ G648 ☐ G649 ☐ G650 ☐ G651 ☐ G652 ☐ G653 ☐ G654 ☐ G655 ☐ G656 ☐ G657 ☐ G658 ☐ G659 ☐ G660 ☐ G661 ☐ G662 ☐ G663 ☐ G664 ☐ G665 ☐ G666 ☐ G667 ☐ G668 ☐ G669 ☐ G670 ☐ G671 ☐ G672 ☐ G673 ☐ G674 ☐ G675 ☐ G676 ☐ G677 ☐ G678 ☐ G679 ☐ G680 ☐ G681 ☐ G682 ☐ G683 ☐ G684 ☐ G685 ☐ G686 ☐ G687 ☐ G688 ☐ G689 ☐ G690 ☐ G691 ☐ G692 ☐ G693 ☐ G694 ☐ G695 ☐ G696 ☐ G697 ☐ G698 ☐ G699 ☐ G700 ☐ G701 ☐ G702 ☐ G703 ☐ G704 ☐ G705 ☐ G706 ☐ G707 ☐ G708 ☐ G709 ☐ G710 ☐ G711 ☐ G712 ☐ G713 ☐ G714 ☐ G715 ☐ G716 ☐ G717 ☐ G718 ☐ G719 ☐ G720 ☐ G721 ☐ G722 ☐ G723 ☐ G724 ☐ G725 ☐ G726 ☐ G727 ☐ G728 ☐ G729 ☐ G730 ☐ G731 ☐ G732 ☐ G733 ☐ G734 ☐ G735 ☐ G736 ☐ G737 ☐ G738 ☐ G739 ☐ G740 ☐ G741 ☐ G742 ☐ G743 ☐ G744 ☐ G745 ☐ G746 ☐ G747 ☐ G748 ☐ G749 ☐ G750 ☐ G751 ☐ G752 ☐ G753 ☐ G754 ☐ G755 ☐ G756 ☐ G757 ☐ G758 ☐ G759 ☐ G760 ☐ G761 ☐ G762 ☐ G763 ☐ G764 ☐ G765 ☐ G766 ☐ G767 ☐ G768 ☐ G769 ☐ G770 ☐ G771 ☐ G772 ☐ G773 ☐ G774 ☐ G775 ☐ G776 ☐ G777 ☐ G778 ☐ G779 ☐ G780 ☐ G781 ☐ G782 ☐ G783 ☐ G784 ☐ G785 ☐ G786 ☐ G787 ☐ G788 ☐ G789 ☐ G790 ☐ G791 ☐ G792 ☐ G793 ☐ G794 ☐ G795 ☐ G796 ☐ G797 ☐ G798 ☐ G799 ☐ G800 ☐ G801 ☐ G802 ☐ G803 ☐ G804 ☐ G805 ☐ G806 ☐ G807 ☐ G808 ☐ G809 ☐ G810 ☐ G811 ☐ G812 ☐ G813 ☐ G814 ☐ G815 ☐ G816 ☐ G817 ☐ G818 ☐ G819 ☐ G820 ☐ G821 ☐ G822 ☐ G823 ☐ G824 ☐ G825 ☐ G826 ☐ G827 ☐ G828 ☐ G829 ☐ G830 ☐ G831 ☐ G832 ☐ G833 ☐ G834 ☐ G835 ☐ G836 ☐ G837 ☐ G838 ☐ G839 ☐ G840 ☐ G841 ☐ G842 ☐ G843 ☐ G844 ☐ G845 ☐ G846 ☐ G847 ☐ G848 ☐ G849 ☐ G850 ☐ G851 ☐ G852 ☐ G853 ☐ G854 ☐ G855 ☐ G856 ☐ G857 ☐ G858 ☐ G859 ☐ G860 ☐ G861 ☐ G862 ☐ G863 ☐ G864 ☐ G865 ☐ G866 ☐ G867 ☐ G868 ☐ G869 ☐ G870 ☐ G871 ☐ G872 ☐ G873 ☐ G874 ☐ G875 ☐ G876 ☐ G877 ☐ G878 ☐ G879 ☐ G880 ☐ G881 ☐ G882 ☐ G883 ☐ G884 ☐ G885 ☐ G886 ☐ G887 ☐ G888 ☐ G889 ☐ G890 ☐ G891 ☐ G892 ☐ G893 ☐ G894 ☐ G895 ☐ G896 ☐ G897 ☐ G898 ☐ G899 ☐ G900 ☐ G901 ☐ G902 ☐ G903 ☐ G904 ☐ G905 ☐ G906 ☐ G907 ☐ G908 ☐ G909 ☐ G910 ☐ G911 ☐ G912 ☐ G913 ☐ G914 ☐ G915 ☐ G916 ☐ G917 ☐ G918 ☐ G919 ☐ G920 ☐ G921 ☐ G922 ☐ G923 ☐ G924 ☐ G925 ☐ G926 ☐ G927 ☐ G928 ☐ G929 ☐ G930 ☐ G931 ☐ G932 ☐ G933 ☐ G934 ☐ G935 ☐									

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulsos: ☒ Regular () Irregular () Impulsivo () Faltante () Chaco

Pressão: ☒ Normal () Hipotensão () Hipertensão () Sístole () Diástole () Freq. () Aquiescente

Tempo de enchimento capilar: ☒ < 3 segundos () > 3 segundos () Turbidez digital: ()

Drogas vasodilatadoras: () Quais?

Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Súbito () Outro: ☒ Murmúro: () Sístole () Diástole

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissociação Localização: ☒ OHP Data da punção: / /

Edema: () MMS () MM () Face () Extremidades Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES INTESTINAL E URINÁRIA

Alimentação: ☒ Normal () Incompleta () Proteína

Alergias: ☒ Não () Sim () SNE () SNE () Xantoxia () Lesão intestinal () NPT Hora: Data: / /

Abdomem: ☒ Normal () Distendido () Tenso () Macio () Outros

Abdômen: ☒ Normal () Jactantes () Dismúrias () Jactantes

RHA: ☒ Normal () Jactantes () Jactantes

Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipação há 2 dias () Outros

Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retido () Incontinência () Hematuria () SVD Deito mlt

Aspecto: () Outros: Observações: NGC

INTEGRIDADE FÍSICA E CUIDADO MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Espinhas () Hematomas () Escoriações ☒ Outras: NGC

Coloração da pele: ☒ Normal () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turor da pele: ☒ Preservado

Condição das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações da sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local: após em NGC Curativo em: / /

Deito: () Tipo: NGC Deito: Curativo: / /

Úlcera da pressão: () Ye selado Local: Deito: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória

Limpeza física: () Acumada () Cabelos de todos ☒ Outros: Púbica

SONO E REPOUSO

☒ Preservado () Insone () Dorme durante o dia () Sono interrompido Observações:

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Melior

() Ansiedade () Ausência de familiaridade () Outras:

7. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E OU ESPiritualidade

Tipo: () Praticante () Não praticante Observações:

INTERCERÊNCIAS

Admissão para da centralização do TI, apontada pela

NGC

Catando e Assinatura do Enfermeiro: NGC DATA: 16/01/19 HORA: 14 h

ORT II

GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO **REQUISIÇÃO DE EXAM**

PRONTUÁRIO 274

NOME: JOSÉ MANOEL DE OLIVEIRA

IDADE: SEXO: M F COR: B P A PECO: ALTURA: CLÍNICA: 0201 BNF: 1 LEITE: 3

DADOS CLÍNICOS: POS-OP

MATERIAL A EXAMINAR: RAIO X

EXAMES SOLICITADOS: Colcorno E, Rinal e Axial

REALIZAÇÃO EM: 22/01/19

URGÊNCIA: ☒ **ROTINA:** ☐

DATA: 22.01.19 **HORA DA SOLICITAÇÃO:**

Dr. Edmar FARIAS A. Cruz
CRM-PB 9907

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

N.º PROTOCOLO: 1808799
JOSE MARINALDO

21.01.19

- 1 DIETA LIVRE *OPS RPA*
- 2 JELCO, SRI 1000 ml *W 248 12-18*
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H *12-18*
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN *5A*
- 5 TRAMAL 100mg + SFQ 3% 100ml EV 8/8H *(34) 12-18*
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN *5A*
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELO MANGUÁ *(66P)*
- 8 CURATIVO DIÁRIO
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCSG *(32) 12-18 24-26*
- 11 CIXACILINA 2G IV 6/6H *(32) 12-18 24-26*
- 12 ABE ELEVADO

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

FX CALCANEU + BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

POBrem inconsciente
CS: VPM

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

OK
OK



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____ pessoa responsável pelo doente _____ que o _____ da plena autorização aos médicos do Hospital _____ assistirem, para fazerem as investigações, julgadas necessárias para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

21-01-13

84-100170 Em. de de
 19.10 Assinatura do doente ou responsável
 Encarregado: João
 Testemunhas: Quilho da Paz, assinado por, indicado

O abaixo assinado _____
passou responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em _____ de _____ de _____
Assinatura do docente ou responsável

O abaixo assinado _____
passou responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em _____ de _____ da _____

Assinatura do doente ou responsável

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em _____ de _____ de _____
Assinatura do doente ou responsável

Testimonials

FX CALCANEO+ BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

BEG, extêrnel, s/ intercon-
rências.
CD: VPM

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
R. 95 9200

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

NC FRONTLINE: 1808799
JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE 1 Enxofre 00:00
2 JELCO
3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/8H 12 18 24 06
4 NAUSEEDRON 1mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
5 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H SN
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PELA MANHÃ (06)
8 CURATIVO DIÁRIO M
9 FISO MICTORA
10 SSVV+CCGG M N 12 18 24 06
11 OXACILINA 2G IV 6/8H
12 MRE ELEVADO

Dr. Everton Meira
Coordenador Acadêmico
CRA-PO 9900

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

NAME: 043

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-1

NC PROSTATE AGENCY 1205799

JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE
2 JEJCO
3 OPIPRONA 1G + ABD EV 8/8H *18 24 06*
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN *18 24 06*
5 TRAMAL 100mg + SFQ 5% 100ml EV 8/8H *18 24 06*
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELO BOMBUCA
8 CURATIVO DIÁRIO *M*
9 FÍSIO MOTORA
10 SSVV+CCGG *M N*
11 OXACILINA 2G IV 8/8H *18 24 06*
12 MIE ELEVADO

Dr. Ebrahim Mawla

FX CALCA[®] + BASE 5 MTT E

366, estrada, S/ intercomunicar LEITO 1-3
C.D. J.D.M.

LEITO 1-3

¡NO OLVIDES! RESERVAS DE BUEN HORARIO, DE DOMINGOS Y VACAS CON LAS UNIDADES PERMANENTES

01/01/2019

2000

PA: Jan / 60

PLANO DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

[illegible]

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

NR FRONTMARCH 1808499

for Harold

1501

1. DIETA LIVRE

2. JELCO

1 DIPIRINA 1G + ABD EV 8/2H S / N

4. NALOXONE 8mg/ml 1FA + ABD EV B/8h SN

5. TRAMAL 100mg + SFO.9% 100ml EV B/8H

6. TILATE 20MG + ASD EV 12/12H 5N

7. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ (26)

7 OMEPRAZOL 40MG
ELIATIVO DIÁRIO

- CURATIVO DIÁRIO
- FÍSIO MOTORA

9. FISKO MOTO
10. SSVN+CCGG

10 SSVV+CCGG

Machine of 14 6163

13. 11. 1949

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
FISIOTERAPIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Fr colored + box S AFT E

LEITO 1-3

BEG, stored, in abundance

CS: VPM

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____

MC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PRONISSAO: 08/10 DATA: _____ SEXO: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR: _____

() Assintomática () Sintomática de desconforto

SINTOMAS: dores no peito

() Cefaleia () Tontura em MTE. Estado

() Dispneia de esforço () Grande canal de oxigênio

() Palpitações () Mal de 13. Velocidade

() Dor Precordial () Tensão de 2558

() Relação normal () Estreito de 2558

Comorbidades: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO: _____

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar

() Diabetes Mellitus () Insuficiência Cardíaca

() Arteriosclerose () Insuficiência Renal

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

() Alergia a Medicamentos: _____

() Cirurgia: _____

Medicamentos em uso: () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO: _____

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Alta () Baixa

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC: _____ b.p.m.P.A. _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Adesões - Comentários: 18101 20000

Adesões inferiores - Comentários: 20000

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratório: _____

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 (Risco Cirúrgico Normal)

() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs: _____

Ass. do Médico _____

FX CALCÂNEO + BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

Bêta, estômago, sem desconfortos

Cio: vpm

Dr. Eider Fabrício A. Cruz
Médico ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 50017

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

JOSÉ MARINALDO

17/01

1 DIETA LIVRE

2 JEIJO

3 OXACILINA 2G IV 6/8H

4 PARACETAMOL 750MG VO 6/8H

5 DECADRON 1FA + 15ML SF 6/8H

6 MIE ELEVADO

7 SSVV+CCGG

Dr. Eider Fabrício A. Cruz
Médico ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 50017

AValiação CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ PROCEdência: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____ SEXO: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Sintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Dor no peito () Tontura () Sincope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Tosse Seca () Ortopneia
() Dor Precordial () Tipo () Espontânea
() Relacionada () Estorço () Frio () Atípica
() Relacionada () Estorço () Frio () Pré-precordial

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuf. Renal () Insuf. Cardíaca Congestiva () Aguda () Crônica
() Arteriosclerose () Insuf. Cardíaca Congestiva () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: () Cirúrgico: () Tabagismo
() Exatmo () Secundário
() Dislipidemia () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Anura () Puro
Ap. Cardiovascular - Comentários: 17.01.2019
bpm PA: 145x70 36,3 110x60 mmHg

FC: 17.01.2019
paciente malgrado curativo no abd.

Ap. Respiratório - Comentários: paciente malgrado curativo no abd.

Abdomen - Comentários: paciente malgrado curativo no abd.

Membros Inferiores - Comentários: paciente malgrado curativo no abd.

S - E - C - G: 36,3 x 36,3 x 130 x 80

Ex. Laboratoriais: paciente malgrado curativo no abd.

8 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO: paciente malgrado curativo no abd.

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs:

Ass. do Médico

Fx Colômbia + Trauma do
S. MTT G

LEITO 1-3

Bico, sternal, sem intercorrências
C/S: Vm
1
a

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
em ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRIZ-PO 9557

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1508799
por Marcelo

- 16/02 1 DIETA LIVRE
JELCO
2 DIPIRONA 1G + ABO EV 6/6H
3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABO EV 8/8h SH
4 TRAMAL 100mg + SFD 9% 100ml EV 8/8h
5 TILATIL 20MG + ABO EV 12/12H SH
6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM XELIUM PELA MANHÃ
7 CURATIVO DIÁRIO
8 FÍSIO MOTORA
9 SSVV+CCGG

- 11 Paracetamol 750mg VO 8/8h x 25
12 Oxacelina 2g IV 6/6h
13 Decadron 3FA + 15ml SF IV 8/8h

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
em ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRIZ-PO 9557

14/02/2019
15/02/2019
16/02/2019

$$N^{\circ}f = 1200 \text{ mm}$$

Requiem

) Alpha

1

1000

[illegible]

) Tabagismo

1. *Value* { *Peso*

1

1

1

1990

EGD uterine, sem interco-
nização
CD: VPM

15/1 1 DIETA LIVRE
2 JELO SUJAZADO
3 DIFENHIDRAMINA 10 + ASD EV 6/8H
4 NAUSEIDON 8mg/100 LFA + ASD EV 8/8H SA
5 FRAMAL 100mg + SPLOPH 300mg EV 6/8H SA
6 TILATIL 20mg + ASD EV 12/12H PM
7 OMEPRAZOL 20mg/20 LFA CP VO EM JEJUNO PELA MANHA
8 FENIL BACLOFEN
9 SRAV+CCBS

⑩ Principal 7500 @ 10%
for 9124

Dr. Eusebio Salinas
en respuesta a la solicitud de
CASA DE LA PAZ

913 ⑪ Saccharin 2g in water 1/2 1/8 1/4 1/8
 ⑫ Do same 1g in 10ml water 1/2 1/8 1/4 1/8

15-01-19

[illegible]

Recebido admitido da ala
 Operadora, apurada juliana
 em m.i, segue aguardando
 cirurgia e os cuidados da
 enfermagem.

Data: 08/12/2017
 Hora: 13:42

16:24

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

Diagnóstico
 Fractura de

Paciente: João Almeida
 Algoritmo: 119
 Leito: 119
 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
02/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
03/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
04/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
05/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
06/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
07/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
08/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
09/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
10/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
11/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
12/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
13/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
14/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
15/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
16/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
17/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
18/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
19/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
20/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
21/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
22/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
23/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
24/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
25/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
26/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
27/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
28/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
29/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
30/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10
31/12/17	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10	07:00 08:00 09:00	1) Dor 10/10 2) Dor 10/10 3) Dor 10/10

00:00:00

06X04E 80

53/04/55

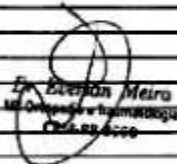
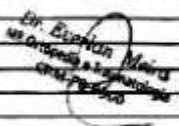
FA 108 159 1 PA

[illegible]

E.G.R. CONSULTING
CINDY ARLEY, P.E.
TAC. OF EGR REG. IN
COREN-PA 3857.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK OK OK

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	
José Maximaldo Pereira				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
10.01	1. Dieta <i>leve</i> 2. SML 1500ml EV/24h <i>1 litro</i> 3. Dipirone 500mg + AD EV 06/08h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>5p</i> 5. Ormepressol 40mg EV/jejum <i>1kg VO</i> 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cleane 40mg SC/dia <i>5-2p</i> 9. SSVV + CCGG	CLIENTE SIN SIN SIN SIN CLIENTE	(25) (33) (96) (18) (18)	CCG, estável, sem distúrbios Diúrese: ① Exce: ① CD: 16PM
	 Dr. Everton Meira Méd. Ortopedia e Traumatologia CRM: 88.466		 Dr. Everton Meira Méd. Ortopedia e Traumatologia CRM: 88.466	

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx calcâneo (T) +
Bax S: (T) (T)

Paciente	Nome	Alojamento	Leito	Convênio
	José Manoel			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
	1. Dieta <i>leite</i>	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	2. SRI 1500mg EV/24h	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	3. Dipirone 025ML AD EV 06/06h	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
10.01	4. Tetrat 20mg + AD EV 12/12h	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	5. Omeprazol 40mg EV/12h	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	6. Fomeal 100mg + 200ml SF 6,9% EV 8/8h SN	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	7. Moxedron 05 FA + AD EV 8/8h SN	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	8. Clonaz 40mg 3C/dia	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	9. SSIV + CC06	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	
	10. Medicação de desmama 8/8h	18:00	BEG, estável, sem distúrbios	

Planta para os cuidados de enfermagem, realizado em procedimentos de acordo com a prática médica. Segue sem anexos e o momento.

7p: 120x80

08x025
4A

20:8
HON

50/03/19
Data

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fr. Calceus (C) +
M16 52 MTT (C)

[illegible]

Plantas 09/10/11

Plante em vaso; mudas
em vasos de 500 ml.
PA (130x20) 500 (97-1)

Instituto de Botânica
UNESP - R. do Matão, 151 - Jd. Botânico - São Carlos - SP

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E TERAPIA DE LINGUAGEM

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

falta (2-10/11)

Paciente	Nome	Idade	Sexo	Residência
09/10/11	Paula Pereira	06	F	06
Data	Procedimento Médico	Resultado	Observações	Exame Médico
09/10/11	1. Oito	06		
	2. 100ml de 100ml	06		
	3. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	4. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	5. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	6. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	7. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	8. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	9. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	10. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	11. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	12. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	13. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	14. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	15. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	16. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	17. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	18. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	19. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	20. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	21. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	22. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	23. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	24. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	25. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	26. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	27. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	28. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	29. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	30. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	31. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	32. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	33. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	34. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	35. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	36. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	37. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	38. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	39. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	40. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	41. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	42. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	43. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	44. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	45. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	46. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	47. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	48. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	49. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	50. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	51. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	52. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	53. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	54. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	55. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	56. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	57. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	58. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	59. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	60. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	61. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	62. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	63. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	64. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	65. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	66. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	67. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	68. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	69. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	70. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	71. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	72. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	73. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	74. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	75. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	76. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	77. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	78. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	79. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	80. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	81. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	82. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	83. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	84. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	85. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	86. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	87. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	88. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	89. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	90. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	91. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	92. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	93. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	94. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	95. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	96. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	97. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	98. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	99. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		
	100. 100ml de 100ml + AD 10/10/11	06		

ORTOPEDIA 1
LEITO 13

Nº PRONTUÁRIO: 1808799
for hematólogo

22/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 SRL 1000ML EV EM 24H
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/8H
- 4 NAUSEDROM 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ
- 8 CLEXANE 40MG SCAS 20H
- 9 FÍSIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG
- 11 Ondine 2g IV 6/6h
- 12 Decodren 1FA + 15 - SF IV 8/8h

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2007

23/01

Atte. hematólogo

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2007

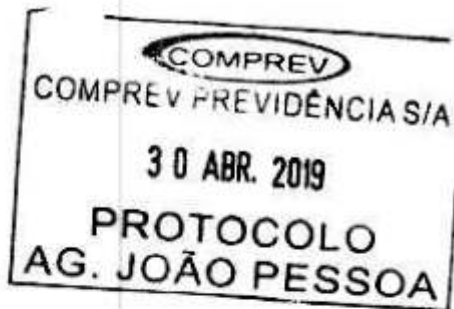
For. colono E

BGG, glóbulos, na urina
CS: VM

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2007

For. língua
Essa remediação foi dada
cd: atle + remediação urina

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2007



19. 9:40 114 130X80
1. 19. 9:40 114 130X80
22/01. 20:00H. P. 130X80
Agente fiscal: 114-130X80
com conformidade com o protocolo
de atendimento ao paciente, com
a finalidade de garantir a qualidade
do atendimento ao paciente.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-E.73

Joseclivaldo Elias Ribeiro

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSONA ÚNICA DO TITULAR



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

087.403.914-26



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3159104

DATA DE
DIREÇÃO: 18/09/03

NOME: JOSÉ MARINILDO ELIAS RIBEIRO

FILHO: Manoel Elias Ribeiro Neto

Josefa Maria Ribeiro

Juarez Távora - PB

11-05-1985

Cert. Masc. Nº 3.740. Fls. 272. Liv. A-04

04 Cart. de Juarez Távora - PB

ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE EMISSÃO

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

Nome
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Tramitação
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

Matrícula
ALAGOA NOVA-70

SS
3408218 - SSP/PB

Estado de Análise e Pagamento
NÃO DECLARADO

Data de Nascimento
01/08/1982

CPF
002.917.124-99

RG
01 047770618

25870

TEM TE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **14830418**

USO OBRIGATORIO
RENTARME CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DO "C" 1.800/64)

IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
Israel de Souza Farias

Matrícula
ALAGOA NOVA-70

SS
3408218 - SSP/PB

Estado de Análise e Pagamento
NÃO DECLARADO

Data de Nascimento
01/08/1982

CPF
002.917.124-99

RG
01 047770618

25870

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 8467645120 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

600%

MARIA APARECIDA P DOS SANTOS

KARL2987, PB

KFL2987/1

PB № B4676451202009 25/09/2009

GASOLINA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 APR 2010

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

KEL 2987/PB

GOING WITH YOU

END COVER LINEN

— WENIG / OCTIAS —

上海新華書店發行

VOLUME 10 NUMBER 1 SPRING 1987

PRODUCT LINE 410 / COLAS — 2

CHINA

SEGURO P A C O 06/08/2009

SEN. RESERV. DR. DOMINIC

25/09/2009
31315

Seguradora Líder dos Consórcios
313-1237396-20090925
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-09



Rigoberto Araújo Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190299612 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190299612 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 7

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Cachoeira Barbosa Baixo, s/n, bairro: área rural, Município de Ingá, Estado da Paraíba, Cep. 58380-000, portador do Rg. nº 3159104 SSP-PB e CPF nº 087.403.914-26.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO D'AGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO D'AGUA 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 nomela 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) JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO, ocorrido em 07/01/2019, 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.



Juarez Távora - PB, 17 / abril de 2019.

José Marinaldo Elias Ribeiro

Outorgante

CPF Nº 087.403.914-26

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TAVORA - PB
Av. Adalberto Pereira de Melo - 541 - Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartorioregistrocivil@uol.com.br

RECONHECIMENTO
Reconheço a (s) firma (s) de José Marinaldo Elias Ribeiro
Como: Sinal Público Autenticidade Assinatura
Juarez Távora, PB 17.04.2019

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº A1K63911-5VGN
Consulte a autenticidade <https://selodigital.spb.jus.br>

Cartório do Reg. Itro Civil
Irene Alves de Melo e Melo
ESCRITÓRIO
JUAREZ TAVORA - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145265/19

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

CPF: 087.403.914-26

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO : 087.403.914-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS