



Número: **0801193-66.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **06/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36798996	18/11/2020 14:19	Petição	Petição
36798998	18/11/2020 14:19	2658876_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36799549	18/11/2020 14:19	2658876_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14264532

Pag. 01181/01182 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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: DAMS (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 RENDAMENSAL 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 Babo Número: s/n Complemento:
Bairro: área rural Cidade: Ingó Estado: PB CEP: 58380-000
E-mail: isaelfariasadv@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: 23574 0
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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
Vivos: Falecidos:

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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Juazeiro Carne - PB 37/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Marinaldo Elias Ribeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Samuel de Sousa Farias
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.

FPS.001 V001/2018





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) 3310-9308



Ocorrência N° 000067/19

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° 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 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 14:41 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 N° 3.159.104, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 08740391426, residindo à rua SÍTIO CACHORIEIRA 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 GMCHEVETTE DL, ano/modelo 1991/1991, cor cinza, chassi n° 9BGTC11JMMC131563, de placa KFL-2987/PB, licenciado em nome de Maria Aparecida P. dos Santos, quando ao tentar realizar 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

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





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: 087.403.914-25 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDAMENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº445/2012
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: Ingó Estado: PB CEP: 58380-000
E-mail: israelariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83) 986127750

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

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: 23574 0
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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
Vivos: _____ Fallecidos: _____

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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
Local e Data: Juazeiro, Paraíba - PB 17/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Marinaldo Elias Ribeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): Israel de Sousa Farias

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.

FPS.001 V001/2018



07/01/2019



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.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 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/01/2019 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

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

RIBEIRO Endereço: SÍTIO CACHOEIRA DOS BARBOSA

Cidade: Ingá RG: Profissão: Bairro: ZONA RURAL

Idade: 033 Nº-0: PA HGT: SATO

Nome da Mãe: CPF: CNS: 252525252

Responsável: Estado CIVIL: CONVÊNIO-SUS

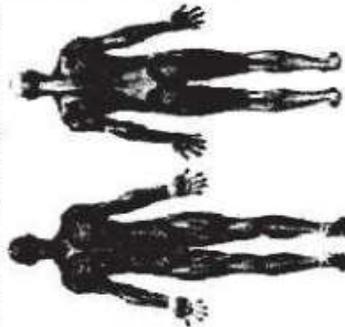
Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO Hora: 15:30:12

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao laudo)

1. Abreção 2. Amputação 3. Anelôis 4. Contusão 5. Drapeção 6. Dor 7. Edema 8. Engalinhamento 9. Erifema subcutâneo 10. Escamamento 11. Equimose 12.F. Arma branca 13.F. Arma de fogo 14.F. Cortiço 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 paradoxal 28. Objeto Encaixado 29. Otorrágia 30. Paralisia 31. Perfora 32. Parasísia 33. Queimadura 34. Rinorrágia 35. Síntia de Inquemia 36.



OBS:

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

DIGNOSTICO / CID: Acidente de carro

http://10.1.1.148/projetohc/imp/urgencia.php?contar=1808762

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRELIMINAR - CLÍNICOS

Exame realizado em emergência devido colisão carro - carro Negro, perda de consciência, hematomas e traumas. Alta da cirurgia geral.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

PA HGT: SATO

COMPRE 30 ABR 2019

PROT AG. JON

EXAMES SOLICITADOS:

() Ultrassonografia: () Radiografias: TOMOGRAFIA REALIZADA: M: 16/01/19

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Coloproctologia, às 15:30 Dia 07, de 19

Especialista: às às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Includes handwritten notes and signatures.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: [Signature] [Stamp: CRÉDITO DE SERVIÇO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA GERAL - CRM Nº 10.114/19 - 15256]

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 BARBOSA BAIXO, SIN - AREA RURAL
INGA / PB CEP: 5620000 (AG 113)

Emissão: 25/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classif/Subcl: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICA
Roteiro 16 - 86 - 781 - 305 NP medidor: 0000454903



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Potentior - João Pessoa / PB - CEP 50071-690
CNPJ 08066100/0001-40 Insc Est 18.015.929-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 020.730.103
Cód. para Dct. Automático: 0000454903

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

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

UC (Unidade Consumidora): **5/648383-8**

Canal de contato

Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruídos excessivos à noite, informe a prefeitura da sua cidade e a companhia de iluminação pública é responsável pelo município e de todo cidadão.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
25/01/19	31218	25/02/19	31515		297	31				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq (cm/R\$)	Base Calc	Pa(R\$)	Coef(R\$)		
			Tribut Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pa/Coefm(R\$)	(0,8905%)	(4,5624%)		
0001	Consumo em kWh	287,700	0,423780	125,88	0,00	0	0,00	1,25	5,74	
0010	Subsídio			53,93	0,00	0	0,00	53,93	0,53	2,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			3,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 12/2018			1,40	0,00	0	0,00	2,00	0,00	
0805	MULTA 12/2018			2,50	0,00	0	0,00	6,00	0,00	
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR OMSD 12/2018			-2,22	0,00	0	0,00	6,00	0,00	
0906	Devolução Subsídio			-52,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

CCI Códico de Classificação do item TOTAL 129,97 0,00 0,00 129,97 1,78 8,20
VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

364 **06/03/2019** R\$ 129,97
Histórico de Consumo (kWh)

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

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

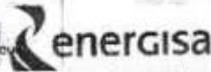
Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Aguardado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,58	13,39	NORMAL	220	42,18	30,95
DIC TRIMESTRAL	23,15				80,18	47,11
FC ANUAL	45,36				6,56	4,81
FC MENSAL	7,57	2,00	CONTRAYADA	202	9,97	7,32
FC TRIMESTRAL	15,34		LIMITE INFERIOR	231	17,42	12,78
FC ANUAL	30,69		LIMITE SUPERIOR		0,00	0,00
DMC	8,28	10,78				
DICA	16,50					
ATENÇÃO				Valor de EUGD (Ref. 12/2018) R\$ 20,05		

Atenção: Caso não seja pago o valor devido em até 15 dias após a data de vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esse data não garante a possibilidade de devolução do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a tarifa atualizada e pagamento das faturas(s) ocorra, desconsiderar essa mensagem. Fatura suspenso e incluído em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Suvenção DEC 7 30/11/19 R\$ 52,94 Isento ICMS

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



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOC ENGENHO OLHO DA GUAIA 91 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA GUAIA
 ALACGA NOVA / PB CEP: 58125000 (A3-11)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R-206, Km 26 - Onda Passante - João Pessoa/PB - CEP: 56071-400
 CNPJ: 06.046.188/0001-40 - Ins. Est.: 12.015.823-0

Local: MIONFABCO
 Cnt/Sec: RES MTC B1 / RES CENCAL - RESIDENCIAL
 Matrão: 5-77-814-290 Referência: Abr/2019
 Medidor: 03028716150 Emissão: 09/04/2019

Novo Faturar Conta de Energia Eletrônica Nº023.280.428
 Cód. para DDA Automática: 98017331614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Abr/2019	09/04/2019	09/05/2019	000.510.664-06

UC (Unidade Consumidora): 647321514

Causas de corte de energia

De acordo com a Portaria nº 114 de 08/06/09
 do Conselho Nacional de Energia e Gás (CNEG),
 a interrupção de energia elétrica é considerada
 uma emergência e deve ser resolvida o mais rápido
 possível. Essa declaração possibilita a comprovação
 do cumprimento das obrigações do consumidor, as
 qualificações e os procedimentos necessários para
 a sua concessão. Para mais informações, siga a gente no
 Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
 acompanhar as nossas novidades, dicas e dicas de economia e
 segurança. Orientações sobre serviços, informações sobre
 investimentos, comunicações de produtos e multas.

Anterior	Atual	Constante	Consumido	Dias
11/05/18	3794	09/04/19	2633	144

Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor
001	Consumo em kWh	164,000	0,344	133,02	133,02	77	37,21	170,23
002	CONTRIBUIÇÃO LLAM PUBLICA	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
003	JUROS DEMORA 02/2018	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
004	MULTA 02/2018	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Qtd	Descrição	Valor
001	Consumo em kWh	170,23
002	CONTRIBUIÇÃO LLAM PUBLICA	0,00
003	JUROS DEMORA 02/2018	0,00
004	MULTA 02/2018	0,00
005	Taxa de Tarifa	128,41

VENCIMENTO
 11/05/2019 R\$ 128,41

116	101	113	112	105	114	130	110	103	118	120	125
Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO
 a669.20ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

Indicadores de Qualidade			Competição de Consumo		
DEMANDA	6,41	6,00	Distribuidora	Valor (R\$)	%
DEMANDA	12,94	NOMINAL			
DEMANDA	2,40	0,30	CONTRATADA	300	
DEMANDA	18,70	0,00	UNIFORMES	291	
DEMANDA	0,40	0,00	UNIFORMES	291	
DEMANDA	12,22				

ATENÇÃO

Atividade e Operação em andamento

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
 00190.00009 02624.912008 00243.900172 1 78860000012841
 PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 083.810.664-06
 LOC ENGENHO OLHO DA GUAIA 91 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA GUAIA - ALACGA NOVA / PB CEP: 58125000
 Valor: R\$ 128,41

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.seguredolider.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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Cuidador: 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/DOCORIGINAL.ASPX?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 nº9.613/98.

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 DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: —

Bairro: OLHO DAGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125-000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com

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

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 30/04/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



SUS	SECRETARIA DE SAÚDE	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
------------	---------------------	---

Manutenção do estabelecimento de saúde

1 - nome do estabelecimento de saúde: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DO LUIZ GONZAGA FERREIRAS**

2 - CNES: **2828295**

3 - nome do estabelecimento de saúde: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DO LUIZ GONZAGA FERREIRAS**

4 - CNES: **2828295**

Identificação do paciente

1 - nome do paciente: **JOSE MARCELO DE ELIAS FERREIRO**

2 - nº de registro: **1808779**

3 - cidade de origem: **11060/1985**

4 - data de internação: **11/04/2019**

5 - hora de internação: **18:30**

6 - endereço para atendimento: **SITIO CAÇOEIRA DOS BAIXOS . 0 . ZONA RURAL**

7 - endereço de cobrança: **25068**

8 - cidade de cobrança: **PI**

9 - CEP de cobrança: **55300000**

AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

11 - médico responsável pelo atendimento: **Dr. + Joaquim's Junior sr**

12 - considerações para justificar a internação: **Comunidade + outras X**

13 - endereço médico: **Porto de Caçoeira**

14 - CNES do médico: **2828295**

15 - CNES do estabelecimento: **2828295**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - código: **02**

17 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

18 - código: **02**

19 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

20 - código: **02**

21 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

22 - código: **02**

23 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

24 - código: **02**

25 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

26 - código: **02**

27 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

28 - código: **02**

29 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

30 - código: **02**

31 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

32 - código: **02**

33 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

34 - código: **02**

35 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

36 - código: **02**

37 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

38 - código: **02**

39 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

40 - código: **02**

41 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

42 - código: **02**

43 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

44 - código: **02**

45 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

46 - código: **02**

47 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

48 - código: **02**

49 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

50 - código: **02**

51 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

52 - código: **02**

53 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

54 - código: **02**

55 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

56 - código: **02**

57 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

58 - código: **02**

59 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

60 - código: **02**

61 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

62 - código: **02**

63 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

64 - código: **02**

65 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

66 - código: **02**

67 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

68 - código: **02**

69 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

70 - código: **02**

71 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

72 - código: **02**

73 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

74 - código: **02**

75 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

76 - código: **02**

77 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

78 - código: **02**

79 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

80 - código: **02**

81 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

82 - código: **02**

83 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

84 - código: **02**

85 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

86 - código: **02**

87 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

88 - código: **02**

89 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

90 - código: **02**

91 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

92 - código: **02**

93 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

94 - código: **02**

95 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

96 - código: **02**

97 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

98 - código: **02**

99 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

100 - código: **02**

101 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

102 - código: **02**

103 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

104 - código: **02**

105 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

106 - código: **02**

107 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

108 - código: **02**

109 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

110 - código: **02**

111 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

112 - código: **02**

113 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

114 - código: **02**

115 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

116 - código: **02**

117 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

118 - código: **02**

119 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

120 - código: **02**

121 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

122 - código: **02**

123 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

124 - código: **02**

125 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

126 - código: **02**

127 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

128 - código: **02**

129 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

130 - código: **02**

131 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

132 - código: **02**

133 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

134 - código: **02**

135 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

136 - código: **02**

137 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

138 - código: **02**

139 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

140 - código: **02**

141 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

142 - código: **02**

143 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

144 - código: **02**

145 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

146 - código: **02**

147 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

148 - código: **02**

149 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

150 - código: **02**

151 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

152 - código: **02**

153 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

154 - código: **02**

155 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

156 - código: **02**

157 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

158 - código: **02**

159 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

160 - código: **02**

161 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

162 - código: **02**

163 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

164 - código: **02**

165 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

166 - código: **02**

167 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

168 - código: **02**

169 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

170 - código: **02**

171 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

172 - código: **02**

173 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

174 - código: **02**

175 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

176 - código: **02**

177 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

178 - código: **02**

179 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

180 - código: **02**

181 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

182 - código: **02**

183 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

184 - código: **02**

185 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

186 - código: **02**

187 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

188 - código: **02**

189 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

190 - código: **02**

191 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

192 - código: **02**

193 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

194 - código: **02**

195 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

196 - código: **02**

197 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

198 - código: **02**

199 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

200 - código: **02**

AUTORIZAÇÃO

1 - nome do estabelecimento de saúde: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DO LUIZ GONZAGA FERREIRAS**

2 - CNES: **2828295**

3 - nome do estabelecimento de saúde: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DO LUIZ GONZAGA FERREIRAS**

4 - CNES: **2828295**

5 - cidade de origem: **11060/1985**

6 - data de internação: **11/04/2019**

7 - hora de internação: **18:30**

8 - endereço para atendimento: **SITIO CAÇOEIRA DOS BAIXOS . 0 . ZONA RURAL**

9 - endereço de cobrança: **25068**

10 - cidade de cobrança: **PI**

11 - CEP de cobrança: **55300000**

12 - código: **02**

13 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

14 - código: **02**

15 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

16 - código: **02**

17 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

18 - código: **02**

19 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

20 - código: **02**

21 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

22 - código: **02**

23 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

24 - código: **02**

25 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

26 - código: **02**

27 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

28 - código: **02**

29 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

30 - código: **02**

31 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

32 - código: **02**

33 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

34 - código: **02**

35 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

36 - código: **02**

37 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

38 - código: **02**

39 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

40 - código: **02**

41 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

42 - código: **02**

43 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

44 - código: **02**

45 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

46 - código: **02**

47 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

48 - código: **02**

49 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

50 - código: **02**

51 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

52 - código: **02**

53 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

54 - código: **02**

55 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

56 - código: **02**

57 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

58 - código: **02**

59 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

60 - código: **02**

61 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

62 - código: **02**

63 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

64 - código: **02**

65 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

66 - código: **02**

67 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

68 - código: **02**

69 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

70 - código: **02**

71 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

72 - código: **02**

73 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

74 - código: **02**

75 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

76 - código: **02**

77 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

78 - código: **02**

79 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

80 - código: **02**

81 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

82 - código: **02**

83 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

84 - código: **02**

85 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

86 - código: **02**

87 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

88 - código: **02**

89 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

90 - código: **02**

91 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

92 - código: **02**

93 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

94 - código: **02**

95 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

96 - código: **02**

97 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

98 - código: **02**

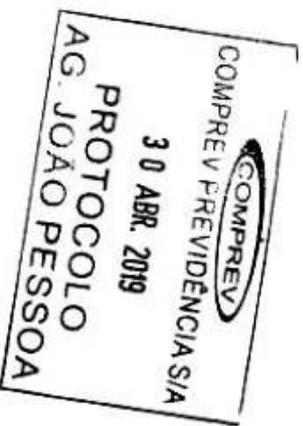
99 - descrição: **ATENÇÃO MÉDICA**

100 - código: **02**

Dr. + Joaquim's Junior sr

Comunidade + outras X

Atenção Médica



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: **Paulo Manoel de Góes Ribeiro** DATA: **11/11/2020** HOSPITAL: **1808762**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO: **R\$ 1808762** VALOR: **33** Nº de Registro: **11/11/2020**

ORÇAMENTO	VALOR	Nº de Registro	ORÇAMENTO	VALOR	Nº de Registro
01	R\$ 1808762	11/11/2020	01	R\$ 1808762	11/11/2020
02	R\$ 1808762	11/11/2020	02	R\$ 1808762	11/11/2020
03	R\$ 1808762	11/11/2020	03	R\$ 1808762	11/11/2020
04	R\$ 1808762	11/11/2020	04	R\$ 1808762	11/11/2020
05	R\$ 1808762	11/11/2020	05	R\$ 1808762	11/11/2020
06	R\$ 1808762	11/11/2020	06	R\$ 1808762	11/11/2020
07	R\$ 1808762	11/11/2020	07	R\$ 1808762	11/11/2020
08	R\$ 1808762	11/11/2020	08	R\$ 1808762	11/11/2020
09	R\$ 1808762	11/11/2020	09	R\$ 1808762	11/11/2020
10	R\$ 1808762	11/11/2020	10	R\$ 1808762	11/11/2020
11	R\$ 1808762	11/11/2020	11	R\$ 1808762	11/11/2020
12	R\$ 1808762	11/11/2020	12	R\$ 1808762	11/11/2020
13	R\$ 1808762	11/11/2020	13	R\$ 1808762	11/11/2020
14	R\$ 1808762	11/11/2020	14	R\$ 1808762	11/11/2020
15	R\$ 1808762	11/11/2020	15	R\$ 1808762	11/11/2020
16	R\$ 1808762	11/11/2020	16	R\$ 1808762	11/11/2020
17	R\$ 1808762	11/11/2020	17	R\$ 1808762	11/11/2020
18	R\$ 1808762	11/11/2020	18	R\$ 1808762	11/11/2020
19	R\$ 1808762	11/11/2020	19	R\$ 1808762	11/11/2020
20	R\$ 1808762	11/11/2020	20	R\$ 1808762	11/11/2020
21	R\$ 1808762	11/11/2020	21	R\$ 1808762	11/11/2020
22	R\$ 1808762	11/11/2020	22	R\$ 1808762	11/11/2020
23	R\$ 1808762	11/11/2020	23	R\$ 1808762	11/11/2020
24	R\$ 1808762	11/11/2020	24	R\$ 1808762	11/11/2020
25	R\$ 1808762	11/11/2020	25	R\$ 1808762	11/11/2020
26	R\$ 1808762	11/11/2020	26	R\$ 1808762	11/11/2020
27	R\$ 1808762	11/11/2020	27	R\$ 1808762	11/11/2020
28	R\$ 1808762	11/11/2020	28	R\$ 1808762	11/11/2020
29	R\$ 1808762	11/11/2020	29	R\$ 1808762	11/11/2020
30	R\$ 1808762	11/11/2020	30	R\$ 1808762	11/11/2020

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO **REQUISIÇÃO DE EXAM**
LABORATÓRIO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TRAVASSOS LUIZ SOUZA LIMA FERNANDES

NOME: *Sr. Francisco Mac*

IDADE: M F **COR:** B P A **PESO:** ALTURA: **CLÍNICA:** **EMF.:** **LEIT:** **PRONTUÁRIO**

DADOS CLÍNICOS: *clonit zero - trans*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: *Rx de torçao @ M e Perfil
 Rx de pancia @ M e perfil*
Dr. Paulo P. Almeida
 Cirurgião Digestivo
 para Assessor

URGÊNCIA: **NOTURNA:** **HORA DA SOLICITAÇÃO:** *07:14h*

REALIZADO POR:
DEBILIZ



Nome: JOSE MARVALDO E. RIBEIRO
Prontuário: 08044773 No. 474000000
Data: 08/01/2019 11:57 Opção: ADA AMBULIA
Cidade: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Faltas: 33 dias Sexo: M Idade: 39 anos

EMERGÊNCIA
Item no pedido: 04/01/2019 11:53 |

Resultados Valor de Referência

SETEC VERDEJANA

Eritrócrito.....	4,23 milhões/mm ³	4,17 a 4,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,3 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	100 fL	87,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 a 34,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SETEC AMARELA

Leucócitos.....	9.600 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
-----------------	------------------------	---------------------------------

Neutrófilos

Prontuário.....	0	0
Metatófilos.....	0	0
Mecatófilos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Sanguíneos.....	2,0	1,92 a 2,08
Eosinófilos.....	80,0	40 a 70 % - 1,000 a 2.000 /mm ³
Bastófilos.....	0	0 a 5,0 % - até 500 /mm ³
Linfócitos.....	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Tipicos.....	14,0	3,344 a 20 a 40 % - 1.000 a 3.000 /mm ³
Atipicos.....	4,0	0 a 2,0 % - até 1.000 /mm ³
Monócitos.....	4,0	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTA DE PLÁQUETAS.....	138.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
08044773

Impressão em: 08/01/2019 11:50 | Impressão em: 08/01/2019 11:57 |

Nome: JOSE MARVALDO E. RIBEIRO
Prontuário: 08044773 No. 474000000
Data: 08/01/2019 11:57 Opção: ADA AMBULIA
Cidade: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Faltas: 33 dias Sexo: M Idade: 39 anos

EMERGÊNCIA
Item no pedido: 08/01/2019 11:57 |

Resultados Valor de Referência

SETEC VERDEJANA

Eritrócrito.....	1,15	1,15
Hemoglobina.....	3,9 g/dL	3,9 a 5,2 g/dL
Hematócrito.....	11,0 %	11,0 a 15,0 %
V.C.M.....	100 fL	87,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 a 34,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SETEC AMARELA

Leucócitos.....	1,15	5.000 a 10.000 /mm ³
-----------------	------	---------------------------------

Neutrófilos

Prontuário.....	0	0
Metatófilos.....	0	0
Mecatófilos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Sanguíneos.....	2,0	1,92 a 2,08
Eosinófilos.....	80,0	40 a 70 % - 1,000 a 2.000 /mm ³
Bastófilos.....	0	0 a 5,0 % - até 500 /mm ³
Linfócitos.....	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Tipicos.....	14,0	3,344 a 20 a 40 % - 1.000 a 3.000 /mm ³
Atipicos.....	4,0	0 a 2,0 % - até 1.000 /mm ³
Monócitos.....	4,0	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTA DE PLÁQUETAS.....	138.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
08044773

Impressão em: 08/01/2019 11:50 | Impressão em: 08/01/2019 11:57 |



Nome: ANIL MARRALHAO E LEMERO
 Data: 07/AVO FERREIRA M
 Unidade: HOSPITAL DE TRAJANAS D LIZZ G FERNANDES
 Modelo: 33 anos
 No. Orgao: 480.44486.4
 Lm: 00

GRUPO SANGUINEO B 306
 (Lm: 306, 06/1/2019 11:57)

GRUPO SAQUINERO..... 3

RN:
 Material: sangue
 Método: imunológico de tipo


 Suelio Moreira Torres
 Coordenador
 ODEB 0001

Imprimir: 08/01/2020 13:08 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado eletronicamente com o número: 7396-3684-3237-3818-325C-810C-598E-C54D

 GOVERNO DO PARANÁ		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome:	ANIL MARRALHAO E LEMERO	Registro:	
Sexo:	M	Idade:	33
2. ANAMNESE GERAL			
Sinais vitais: Tarc	°C: P	freq: FR	freq: PA
HGT: mg/dL Press	Kg: Anarc	cm: Dor	Local: Oxi:
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
REGULACAO NEUROLOGICA			
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro			
Glasgow (15): <input checked="" type="checkbox"/> 15			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> D-E <input type="checkbox"/> E-D <input type="checkbox"/> Fotorreflexas <input type="checkbox"/> Médicas <input type="checkbox"/> Medicadas			
Mobilidade físcal: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Paralis <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Paralis <input type="checkbox"/> Paralis <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Distonia			
Linguagem: <input type="checkbox"/> Quiet <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Assím <input type="checkbox"/> Distonia <input type="checkbox"/> Distonia			
OXIGENACAO			
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cateter Nasal <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Titulação <input type="checkbox"/> Titulação <input type="checkbox"/> Ajustada			
<input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VNI TOT <input type="checkbox"/> Combustível total <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> % PEEP <input type="checkbox"/> cmH2O			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Spontânea <input type="checkbox"/> Biotípica <input type="checkbox"/> Outros:			
Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> JE			
Ruidos adventícios: <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertor <input type="checkbox"/> Outros:			
Toxer: <input type="checkbox"/> Inspirativa <input type="checkbox"/> Prontiva <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Quantidade e frequência:			
Aspirador: Quantidade e aspecto: <input type="checkbox"/> Quantidade e frequência:			
Data da história do dreno: / / Aspecto da drenagem brônquica:			
Gasometria arterial: PH <input type="checkbox"/> PO2 <input type="checkbox"/> PO2 <input type="checkbox"/> HCO3 <input type="checkbox"/> HCO3 <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> SPO2 <input type="checkbox"/> Data: / / Hora:			
PERCEPCAO DOS SINAIS DOS SINTOMAS			
Alerta: <input type="checkbox"/> Vulto <input type="checkbox"/> Judicio <input type="checkbox"/> Tico <input type="checkbox"/> Jorido <input type="checkbox"/> Prender Observação:			
SEGURANCA FISICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquila <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Risco de queda <input type="checkbox"/> Desorientação:			
REBILITACAO CARDIOVASCULAR			
Pulse: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impulsível <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Onico.			

País: Canada Hipocórdia Outros Sinais vitais: Temperatura Frequência cardíaca Frequência respiratória Pressão arterial Saturação de oxigênio Glicemia Outros

Tempo de enchimento capilar: < 3 segundos 3 a 5 segundos > 5 segundos Não definido

Outras vasculares: Quilic?

Ausculta cardíaca: Fibrila Arritmia Sopros Outros: Murmúros Sibilantes Urticária

Caráter vascular: Periférico Central Dissecção. Localização: Urticária Urticária

Edema: MANS MALL Face Anemias: Osmolalidade: M5D Não há punção 0,01/14

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Alimentação: Normal Emagrecido Caquexia Lixo.

Tipos de alimentos: Comestíveis Incomestíveis Proteína.

Alimentação: NVO SNG SNE Cateterismo Jejunostomia Nutrição enteral Nutrição oral

Alterações: Ingestão Distinga Inibição da absorção Inibição da motilidade Inibição da secreção Inibição da excreção

Abdomem: Normotenso Distendido Tenso Macio

Pulsos: Normotensos Pulsantes Diminuídos Ausentes

Eliminação urinária: Normal Líquida Concentrada Escassa Anúria

Eliminação urinária: Esporádica Retenção Incontinência Hematuria SVDU Outros

Aspecto: Outros: Obesidade

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condado da pele: Úmida Ressecada Equimoses Hematomas Escoriações Outros

Coloração da pele: Membranosa Hipocórdia Bolores Edematosos Fungos de pele Prurido

Condições das mucosas: Úmidas Secas Benéficas Outros

Início da lesão: Local/Aspecto: Mancha em Hg Quantidade: 1

Dreno: Tipo/Aspecto: Mancha em Hg Quantidade: 1

Úlcera de pressão: Feijão Local: Descrição: Curativo:

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: Independente Dependente Parcialmente dependente Outros

Higiene corporal: Satisfatória Insatisfatória Sinais de infecção Outros

Limpeza física: Acabado Cuidado de risco Outros

SONO E REPOUSO

Preservado Instável Dorme durante o dia Sono interrompido Outros

Satisfeito Não satisfeito Outros

COMUNICAÇÃO, GARGALHA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: Preservada Prejudicada Satisfatória Insatisfatória Outros

Atividade Ausência de familiaridade Outros

6. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE

Tipos: Praticante Não-praticante Outros

Prática religiosa em Hg

INTERCONECÇÕES

Fonte: BORGOMINI, M. G. Dados em estudo de caso de um paciente com síndrome de Guillain-Barré. Rev. Bras. Fisioter., v. 12, n. 1, p. 1-6, 2008.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERRANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: DAE RONALDO Registro: 13 Sexo: M Idade: 57 Anos

Nome: DAE RONALDO Registro: 13 Sexo: M Idade: 57 Anos

Sinais vitais: Tax: 96 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 96 bpm; SpO2: 98 %

HGT: 1,70 m; Pese: 70 Kg; Altura: 1,70 cm; Dorr: 1 Local: UTI Data: 18/11/2020

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outros

GLAUCOMA (1-15)

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>E E>D Fotorreagentes Miotílicas

Mobilidade física: Preservada Parcial Plégena Parcial Miotílicas

Linguagem: Clair Dislalia Alasia Disfasia Disartria

Outros:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi Intubado Intubado Intubado Outros

VANI VAI TOT Composição: FIO2 % PEEP cmH2O

Espontânea Tequilada Espontânea Dispneia Outros

Ausculta pulmonar: Membranas vesiculares presentes: Diminuídas D<E E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros

Tosse: Impulsiva Produtiva Expectoração: Quantidade e aspecto: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: D<E Selo de água:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Data de inserção do dreno: PCD: HCD: EB SPO: Data: Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visual Auditiva Tátil Olfativa Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Ferido Agido Agressivo Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulsos: Regular Irregular Impulsivo Filiforme Outros



Corada (Hipocorada (Cianose (Sudores (Frieza (Agudade
 Tempo de enchimento capilar: ≤ 3 segundos (> 3 segundos (Turgor do Pavlova
 Ausculta cardíaca: (Rítmica (Arritmica (Sopros (Sístole Mássica (Insuficiência (Murmúros
 Cefaleia vascular: (Frontal (Central (Dissociada (HSD das duradas 15/11/19
 Edema: (MANS (MAMI (Face (Anasarca Observada
 ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES INTESTINAL E URINÁRIA
 Tipo sonolento: (Médio (Enagradido (Capacético (Toxo
 Duração: (Curta (Incompleta (Próxima
 Alimentação: NO (SNG (SNE (Gastrointestinal (Alimentar (Músculo (Oral
 Absorção: (Suspensão (Dissolvido (Intolerância alimentar (Fome (Vômito
 Abdome: (Normotenso (Distendido (Tenso (Macio (Tímido
 Rota: (Normotivos (Mentes (Derrubada (Mente
 Eliminação urinária: (Normal (Líquida (Concentrada (Escassa (Urina
 Eliminação urinária: (Esporádica (Intermitente (Hematuria (SANG. URIN.
 Aspecto: (Loura (Oportuno
 INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (Mole (Ressecada (Equimosa (Hematomas (Escorções (Fissuras
 Coloração da pele: (Normocorica (Hipocorada (Ictérica (Ictérica (Turgor da pele) (Privação
 Condições das mucosas: (Úmidas (Secas (Manifestações de pele: (Privação
 Inchaço cutâneo: (Local/Aspecto: (Geral
 Dermo: (Tímido/Aspecto: (Local (Geral
 Úlceras de pressão: (Estágio: (Local (Curativo
 CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: (Independente (Dependente (Pessoa não seque para (Cuidado
 Higiene corporal: (Satisfatória (Insatisfatória (Higiene corporal (Insatisfatória (Satisfatória
 Limpeza física: (Acamado (Cadela de andar (Odi
 BOMBE RESPIRATÓRIO
 Preservado (Indica (Dorme durante o dia (Snt. Respiratório (Cianótico
 Preservado (Indica (Dorme durante o dia (Snt. Respiratório (Cianótico
 COMUNICAÇÃO, GERENCIAMENTO E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: (Preservada (Prejudicada (Satisfatória (Insatisfatória
 Comunicação: (Preservada (Prejudicada (Satisfatória (Insatisfatória
 Preservada (Prejudicada (Satisfatória (Insatisfatória
 RELIGIÃO / RELEGIOSIDADE E OU ESPRITUALIDADE
 Teol: (Praticante (Não praticante (Observador
 INTERCONECÇÕES
Aguarda prescrição médica curativa
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:
Janilda S. Queiroz
 ENFERMEIRO
 DATA: 18/11/19
 Nº: 1015

Fonte: BORGUEHO, R.C. Guia de Diagnóstico de Enfermagem. São Paulo: Elsevier, 2014.

GOVERNO DA PÁRVULA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOZ LUIZ GONZAGA FERNANDES
 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
 1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: *JOY MOONBÉIDE GILVES RIBEIRO* Registro: *1461* *1-3* Sexo: *Masculino*
 2. AVALIAÇÃO GERAL
 Sinais vitais: Tax: %C.P. bpm FR. bpm PA. mmHg FC: bpm SpO2 %
 HGT: mmHg PaO2 Kg Alure: cm Der: Local Obs:
 EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS
 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
 Nível de consciência: (Consciente (Orientado (Confuso (Letárgico (Torporoso (Comatoso (Outro
 GLASGOW: 15-
 Pupilas: (Isocóricas (Anisocóricas (Dire (Ind (Fixas (Mioticas (Mioticas
 Mobilidade física: (Preservada (Parcial (Plágica (Paralisada Local *Extremidades*
 Ingestão: (Oral (Diária (Alata (Diária (Diária
 Der: *Extremidades*
 OXIGENIZAÇÃO
 Respiração: (Espontânea (Caixa nasal (Ventur (lim (Intubado (Ayr/Tubo F
 (VMI (VMI TOT r^o *Comissura labial r^o* FIOZ % PEEP cmH2O
 (Espontânea (Intubada (Dependente (Outro
 Ausculta pulmonar: Murmúros vesiculares presentes: (Dependentes (ODI JE
 Touxes: (Esporádicas (Raras (Sibilos (Estidor (Outro:
 Pulso arterializado: (Rápidos (Lentos (Dependentes (ODI JE
 Agitação: Quantidade e aspectos: *Depende da situação*
 Data da realização do dreno: / / *Aspecto da drenagem turbida*
 Gasometria arterial: PH: PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SPO₂ Data: / / *Hour*
 PERCUTIDO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS
 Ausculta física: (Mudo (Judo (Tímido (Odiado (Pulso (Observado
 SEGURANÇA FÍSICA
 (Tranquilo (Agitado (Agressivo (Falso da guarda (Observado
 REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR
 Pulso: (Regular (Irregular (Impulsivo (Fibrilante (Outros

Gorda (Hipocrinda (Diarrea (Secreção (Fria (Aquosa
 Tempo de enchimento capilar: (≤ 3 segundos; (> 3 segundos; (Turgência jugular: (
 Ausculta cardíaca: (Ritmica (Arritmica (Sopros (Outros: Murmúrios (Turrulido (Definitivo
 Caxete vascular: (Periférico (Central (Obstrução Localizada: n.e. D. Data de punção: 15/11/13
 Edema: (MMS (MLL (Face (Anasarca Observações: n.e. e.
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo alimentar: (Mido (Emagrecido (Caputido (Oseco
 Domicílio: (Completo (Incompleto (Reduzido
 Alimentação: KVO SNG SNE Galactemia Jejunostomia HPT Hora: Data: / /
 Alimentação: (Impulsiva (Desligada (Inadequada alimentar (Vômito (Prisão (Diarrea
 Adesões: Normotonia Distensão Torno Jactância Xoltra
 RJAs: Normotonia Ausculta Xeromatosa Auscultada
 Eliminação intestinal: Normal Ilíquida (Comprimido há 2 dias (Outros
 Eliminação urinária: (Esporádica (Intermitente (Intermitente (SVD Débito ml/h
 Aspecto: (Jorruco Observações:
INTERVALIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Centeja de pele: (Inteira (Ressecada (Equimose (Hematomas (Escoriações (Outros
 Coloração da pele: Normocrômica (Hipocrômica (Ictericas (Cicatrizes Tumor de pele: Preservado
 Condição das mucosas: (Úmidas (Secas (Manchas de sede: (
 Incisão cirúrgica: (Local/Aspecto: Curativo em: / /
 Drenos: (Tipo/Aspecto: Local Descrição: Curativo em: / /
CUIDADO CORPORAL
 Idem de prestar: (Estável Local Descrição: Curativo em: / /
 Cuidado corporal: (Independente (Dependente (Parcialmente dependente Observações:
 Higiene corporal: (Satisfatória (Insatisfatória Higiene Corporal: Satisfatória (Insatisfatória
 Limpeza íntima: (Adequado (Cadeira de rodas (Outros
SONO E RESPIRAÇÃO
 Preservado (Intermitente (Dormiu durante o dia (Sono interrompido Observações:
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GRIEVA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: (Preservada (Prejudicada Sentimentos a comportamentos: (Conscientes (Mido
 Ausculta (Ausculta da familiaridade (Outros:
5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO/ RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE
 Tipo: (Preservada (Não praticada Observações:
INTERCORRÊNCIAS
 JIOLIA DO JIOLIA para JIOLIA no momento. Segue no protocolo
 e PM Análises da equipe. RFB
 Raul R. L. Pires Góes
 CREFIM 18371-ENF

GOVERNO DO PARANÁ
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: Raul R. Pires Góes Registro: 18371 Leito: 103 Sexo: Masculino
2. AVALIAÇÃO GERAL
 Sinal vital: T: 36,5 P: 72 bpm FR: 18 bpm FC: 100 mmHg PC: 100 SpO2: 98
 HGT: 1,70 mgt: 65 kg Altura: 1,70 m Local: Urgência Oxa: 0
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
 Nível de consciência: (Consciente (Orientado (Confuso (Letárgico (Torporoso (Comatoso (Outro
 Pupilas: (Isocóricas (Anisocóricas (D-E (E-D (Fotorreflexas (Mioticas (Miotofácicas
 Mobilidade fúrcil: (Preservada (Parcial (Parcial Local: NLE (Piquete)
 Gurgel: (Quaz (Diferente (Abasal (Diferente (Diferente
 Oxi:

OXIGENIZAÇÃO
 Respiração: (Espontânea (Cabeceira levantada (Venturi (Venturi (Traqueostomia (Ajustado T
 VMNI (VM TOT n° 1 Concentração local n° FO2 % FEEP cmH2O
 Espúria: (Inapropriada (Bradipnéia (Dispneia (Outros:
 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (Diminuído (D-E
 Ruídos adventícios: (Roncos (Sibilos (Estítor (Outros:
 Teaser: (Impulsiva (Produtiva (Ergastemporal: (Quantitativa e aspecto:
 Assimetria: Quantidade e aspecto:
 Data de início do tórax: / / Aspecto da drenagem torácica: Drenos de tórax: (D (E (Selo de tórax:
 Gasometria arterial: PH 7,35 PCO2 35 PO2 100 HCO3 22 EB 0 SpO2 98 Dma: / / Hora:
PERFECÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS
 Alvo: (Visão (Audição (Tato (Olfato (Paladar Observações:
SEGURANÇA FÍSICA
 Tranquila (Agitada (Agressiva (Recusa de guarda Observação:
REGULADO CARDIOVASCULAR
 Pulso: (Regular (Irregular (Impulsivo (Filiforme (Onco

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 N.º PROTOCOLO: 1808799
JOSE MARINALDO

- 21.01.19
- 1 DIETA LIVRE *ops RPA*
 - 2 JEICO, SRL 1000 ml *W 248*
 - 3 DIFRONA 1G + ABD EV 6/6H *12-18*
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 5A
 - 5 TRAMAL 100mg + SFG 9M 100ml EV 8/8H *(19) 25 26*
 - 6 TILATEL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5N *(19) 25 26*
 - 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA BAMBUIA *(19) 25 26*
 - 8 CURATIVO DIÁRIO
 - 9 FISIO MOTORA
 - 10 SSVV+CCSG *(19) 25 26*
 - 11 OXACILINA 2G IV 6/6H *(19) 25 26*
 - 12 MIE ELEVADO

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

FX CALCANEU+ BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

OK
OK

POBrem intencionalmente
Co: VPM

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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

FELO

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

21-01-19

Em _____ de _____ de _____

Testemunhas: _____ Assinatura do doente ou responsável _____
19.10
Foucaia souzi sam
Assinatura do doente ou responsável

O abaixo assinado pessoa 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 doente ou responsável _____

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável _____

Testemunhas: _____

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 _____

Testemunhas: _____

FX CALCANEIO+ BASE 5 MIT E

LEITO 1-3

BEG, extêrnel, s/ intercon-
rências
CD VPM

Dr. Evarlan Meira
18 Otopedia e Traumatologia
2019-09-20

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 Nº PRONTUÁRIO: 1908799
JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE 1 hora após 00:00
- 2 JELCO
- 3 DIFIRONA 1G + ABD EV 6/8H
- 4 NALGLEDONKI 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFD, 9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ (01)
- 8 CURATIVO DIÁRIO M
- 9 FÍSIO NICTORA
- 10 SSVV+CCGG M N 18 24 06
- 11 OXACILINA 2G IV 6/6H
- 12 MRE ELEVADO

Dr. Evarlan Meira
18 Otopedia e Traumatologia
2019-09-20



13/01. 14:00h P. A. C. L. B. De acordo com o relatório de exame realizado em 12/01/2020, o paciente apresenta lesões de grau II na região de L5/S1.

DIAGNÓSTICO

07/01/2019

14:00

Id: 100/100

FORMULÁRIO DE EXAME

Paciente	Alcance	Leito	Correlação
Nome	Prescrição médica	Horário	Exatidão Médica
1. Dieta			
2. Sólido 1800ml EV/24h			
3. Alprazolam 0,25mg + AD EV 06/08h			
4. Tramal 100mg + AD EV 12/12h			
5. Omeprazol 40mg EV/24h			
6. Tramal 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N			
7. Paracetamol 650mg + AD EV 8/8h S/N			
8. Clonitina 40mg S/Cela			
9. SSVV + CCBG			

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3

IC. PRONTUÁRIO 1808799
João Manoel

18/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JEJUNO
- 3 DIFENIDRAMINA 10mg + ABD EV 8/8h S/N
- 4 HALOPERIDOL 5mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12h S/N
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ
- 8 CURATIVO DIÁRIO
- 9 FISIOTERAPIA
- 10 SSVV + CCBG
- 11 Onicofina 2g IV 6/6h
- 12 N. E. elvados

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

FX colchoco + box S. APT E.

LEITO 1-3

BEG, stored, rem. de curativos
Cl: VPM

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



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ PROCÉDIMENTO: _____ DATA: _____ SEXO: _____

PROFISSIONAL: Dr. Marcelo

- 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR: Pericardite aguda
- SINTOMAS: Pré-coronária
- Cefaleia
 - Dispneia de esforço
 - Palpitações
 - Dor precordial
 - Ruborizada
 - Edema
- Comorbidades: Doença crônica

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Diabetes Mellitus
- Arteriosclerose
- Hipertensão Pulmonar
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Insuficiência Renal
- DPOC
- Insuficiência Coronária
- Aguda
- Crônica
- Outras

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Amputação de Membros
- Cirurgias
- Tabagismo
- Sedentarismo
- Outros

Medicamentos em uso

() Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comensal: _____

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

Ap. Respiratório - Comensal: _____

Adelme: Comensal: 1,80 m

Membros inferiores - Comensal: Delgado

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratorial: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normal (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau II - AVC e ECG - anormal (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau III - AVC e ECG - anormal (Risco Cirúrgico Alto)
- 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

Bêb, astenol, com bradicardias
Cio: vpm

Dr. Eider Patrício A. Cruz
M.D. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 8507

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
N.º REGISTRO: 1808799
JOSÉ MARINALDO

- 1701
- 1 DIETA LIVRE
 - 2 ZELCO
 - 3 OXACILINA 2G IV 6/8H 12 12 24 06
 - 4 PARACETAMOL 750MG VO 8/8H 12 12 24 06
 - 5 DECADRON 1FA + 15ML SF 8/8H 12 12 24 06
 - 6 MIE ELEVADO
 - 7 SSVV+CCGG

Dr. Eider Patrício A. Cruz
M.D. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 8507



AVILIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ PROCEDENCIA: _____ PRONTO-SOLU: _____ DATA: _____ SEXO: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR: () Sintomática () Oligosintomática

SINTOMAS: () Cefaleia () Tontura () Sincope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Palpações () Tosse Seca () Ortopneia
() Dor precordial () Tipica () Espandimento
() Relatada () Estorço () Emocões () Frio () Atípica () Pleuráltica

2 - PATOLOGIAS EM CURSO: () Hipertensão Arterial Sistólica () Hipertensão Pulmonar () PROC. () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva
() Arteriosclerose () Insuf. Renal () Insuf. Renal () Insuf. Renal () Insuf. Renal

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS: () Abusos de Medicamentos: () Cirúrgico () Tabagismo () Sedentarismo () Outros
() Hipertensão () Diabetes () Dislipidemia () Hipertensão () Sedentarismo () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO: () Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Piorado () Abaixo () Puro

Ap. Cardiovascular - Comentários: 17.01.2019
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

FC: 66 bpm
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

Abdomen - Comentários: pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

Membros Inferiores - Comentários: pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

5 - E.C.G.: pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO: pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg
pac. em PA: 14/8x36x110x60 mmHg

Fx Colchicos + base do S = HTT G

LEITO 1-3

Bolsa, sonda, sem indicações
CS: VOM
a

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 9557

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 N. IDENTIFICADOR: 1808799
for Manoel de

- 16/02 1 DIETA LIVRE
- JELCO
- 2 OPIPRONA 1G + ABD EV 6/8H
- 3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5H
- 4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H
- 5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5H
- 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PELA MANHÃ
- 7 CURATIVO DIÁRIO
- 8 FÍSIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG
- 10
- 11 Oxacelona 750mg VO 8/8h x 25
- 12 Oxacelona 2g IV 6/6h
- 13 Decadron 1FA + SFO 5FA IV 8/8h

14/02/20
15/02/20
16/02/20

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 9557



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____ SEXO: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR: Isquêmicas Síndromes Organizacionais Outras

SINTOMAS: Dor no peito Dispneia de esforço Edema Palpitações Dor precordial Rubor nasais Estorvo

Comentários: *Atorvastatina 20mg/dia
Fexofenadina 120mg/dia
Dipiridamol 750mg/dia
Fome de açúcar
Tontura
Grande
Medo
Tosse seca
Típica
Enjôjos
17/10
sem queixas
também 15/10*

2 - PATOLOGIAS EM CURSO: Hipertensão Arterial Sistêmica Hipertensão Pulmonar DPOC Outros

Diabetes Mellitus Insuf. Cardíaca Congestiva Resistência Coronária Outros

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS: Angina e Medicamentos: Cirúrgico Tabagismo Sedentarismo Dislipidemia Outros

Medicamentos em uso Não Sim

4 - EXAME FÍSICO: Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

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

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdome - Comentários: _____

Members inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO: Grau I - AVC e ECG - normal (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)

FX ulcéricas G - Bone 50 MTR

LEITO 306

ECG normal, sem alterações
rômicas
CD. VPM

ORTOPEDIA 1
LEITO 306 N.º PRESENCIA 8
1-3 João Marinaldo

- 1 DIETA LÍQUIDA
- 2 JEICO SALINIZADO
- 3 DIAPHRONA 10 + AMO EV 8/10
- 4 NAUSEABON 8mg/ml 1FA + AMO EV 8/10 20
- 5 FRAMAL 100mg + UPLEN 500mg EV 8/10 20
- 6 TRATILZINAG + AMO EV 12/24 20
- 7 OMEPRAZOL 20MG 2x 12/24 EM 1X SEM PELA MANHÃ
- 8 FENO ANTI-DOR
- 9 SIMVASTATINA
- 10 PAINICIDAL 75mg 01 x

10 Painicidal 75mg 01 x
Vo 01/24

Dr. Rumbold Afonso
Médico de Emergência e Trauma
Campina Grande

11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20)



Paciente admitido da ala
 Amarel, optima, durante
 em m. I, justas aguardando
 cirurgia e os cuidados da
 enfermaria.

Pg: 24

DATA COMPLETA 12/04/18
 GOV. DA PARAIBA

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

Diagnóstico

F. clausula @

Paciente: Jair Almeida Alojamento: 09 Leto: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/04/18	1) Dieta Líquida 2) Paracetamol 500mg VO q6h 3) SSB + CLO	07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
13/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
14/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
15/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
16/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
17/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
18/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
19/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
20/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
21/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
22/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
23/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
24/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
25/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
26/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
27/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
28/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
29/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
30/04/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
01/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
02/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
03/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
04/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
05/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
06/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
07/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
08/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
09/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
10/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
11/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
12/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
13/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
14/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
15/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
16/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
17/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
18/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
19/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
20/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
21/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
22/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
23/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
24/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
25/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
26/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
27/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
28/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
29/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
30/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
31/05/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
01/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
02/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
03/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
04/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
05/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
06/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
07/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
08/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
09/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
10/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
11/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
12/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
13/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
14/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
15/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
16/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
17/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
18/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
19/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
20/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
21/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
22/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
23/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
24/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
25/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
26/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
27/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
28/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
29/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
30/06/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
01/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
02/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
03/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
04/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
05/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
06/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
07/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
08/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
09/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
10/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
11/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
12/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
13/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
14/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
15/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
16/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
17/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
18/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
19/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
20/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
21/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
22/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
23/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
24/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
25/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
26/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
27/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
28/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
29/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
30/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h
31/07/18		07h	1) 07h - 09h 2) 11h - 13h 3) 15h - 17h



CLINTE PARA OS PROCEDIMENTOS DE ENTREVISTA, INTERVISTA E PROCEDIMENTOS
 DE ACORDO COM O PARECER DO MEDICO. SIGA
 Rm: 120x80

GOV. DO RIO GRANDE DO SUL
 SECRETARIA DE SAÚDE
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E TRAUMA DE LAZARUS FREITAS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Px calcâneo @ T
 Bau 5: @T

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
José Manoel	9			
Data	Prescrição Médica	Horário		
1. Data				
2. SNI 1500mg EV/24h				
3. Difenidramina 50mg + AD EV 06/06h				
10.01 4. Tetraciclina 20mg + AD EV 12/12h				
5. Clonazepam 40mg EV/72h				
6. Paracetamol 100mg + 200ml SF 6,9% EV 8/8h SN				
7. Neuroleptol 6A + AD EV 8/8h SN				
8. Clonazepam 40mg SC/72h				
9. SSVV + CC66				
<p> @ Medição de desvio 8/24h (Circular stamp with illegible text) </p>				



Pacient transferido do Instituto
 São Gilvane no momento
 indicado conforme a prescrição
 médica e segue aos cuidados
 do enfermeiro
 12/11/2019

Data 10/01/19
 Hora 8:00
 PA 80x80

96

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fr. Calcâneo (C) +
 2014 S3 MIT (C)

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Jon Mamede 33			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/01	1. Dieta Livre	MA	9:05H
	2. SRL 1500ml EV/24h	X	856. estável, s/ intercorrimentos
	3. Diphos 02ml + AD EV 06/06h	X	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	X	diversos br. amarelos
	5. Omeprazol 40mg 1x/jejum, d. 40 us	X	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SN)	X	cd: 14257
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h (SN)	X	Queda sangüínea
	8. Clexane 40mg SC/da	20'	
	9. SSVV + CCIG	MA	
	10. Mudança de prescrição 2/24	MA	

Dr. Y. V. P.



ORTOPEDIA 1
LEITO 1g

Nº PRONTUÁRIO: 1808799
for Marcelo

22/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 SRL 1000ML EV EM 24H
- 3 DIPHONIA 1G + ABD EV 6/SH
- 4 NALISEDON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFD, 9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PEL MANHÃ
- 8 CLEKANE 40MG SC AS 20H
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG
- 11 Onocelva 2g IV 6/6h
- 12 Decodren 1FA + 15 - SF IV 8/8h

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 5007

Fr. colono E

Bib, água, suco, chá
C5: VM

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 5007

23/01

Alto hospital

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 5007

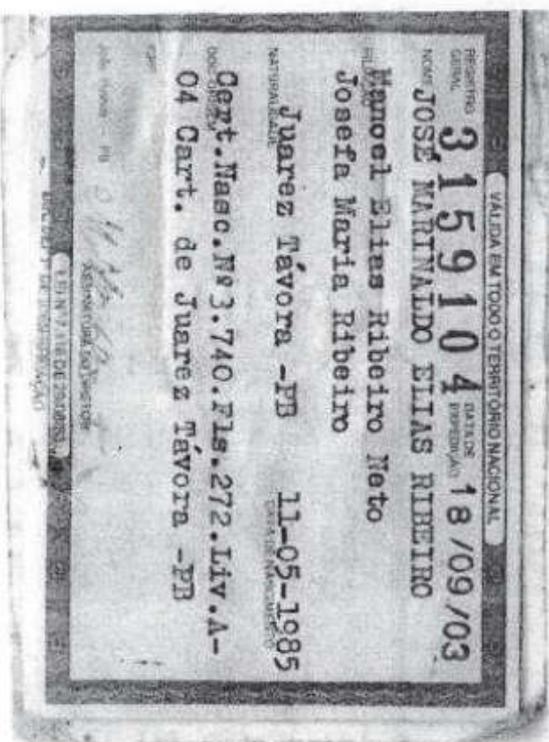
Fo longa
Exame completo físico
Cd: está + retorno + exames

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PP 5007

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

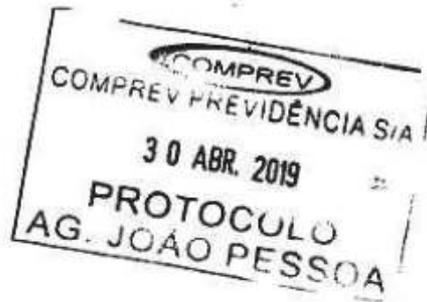
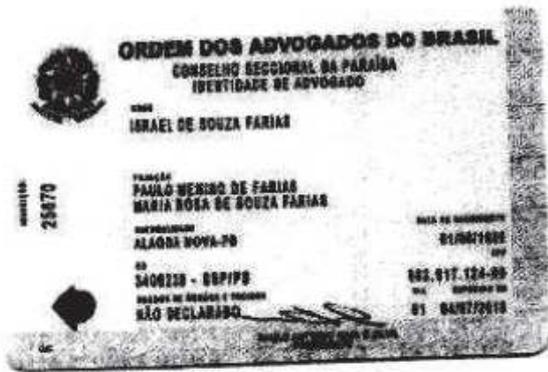
15 9:50 114 130X80
 22/01. 20:00h. P.T. 130x80
 para conforme praticado matutino...
 quanto ao quadro clínico, med.
 22/01. 20:00h. P.T. 130x80
 22/01. 20:00h. P.T. 130x80





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





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 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: 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 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) 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.

Jose Marinaldo Elias Ribeiro
Outorgante

CPF Nº 087.403.914-26

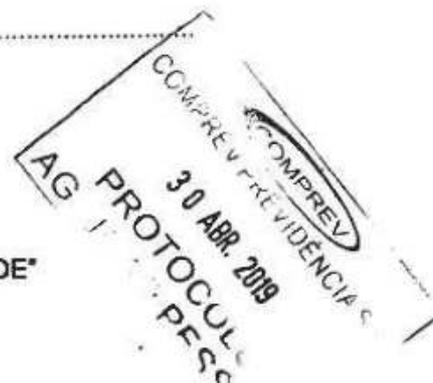
RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB
Av. Adalberto Pereira de Siqueira - Sítio - Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartorio@registrocivil.pb.gov.br

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

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

Cartório do Registro Civil
Juarez Távora - 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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE/PB

Processo: 08011936620198150031

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA GRANDE, 16 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 14:19:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111814191608700000035123719>
Número do documento: 20111814191608700000035123719