

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03166-6

CONTA: 000000023490-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2208201105000000000023703166000000023490168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011184265**Cidade:** LAGARTO**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO**Data do acidente:** 05/12/2010**Emissor do parecer:** Juliana dos S Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 88043-4

PARECER

Data da análise: 16/08/2011**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVICULA DIREITA**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO DIREITO: 50% DE 25% = 12,5%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** JULIANA WANIS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
RUA RANULFO PRATA 127
LAGARTO / SE (AG: 180)

Classe: RESIDENCIAL Monofásica
Roteiro: 03-180-148-7020
Nº do Medidor: N1050471105

0
Referência: JUN/2011
Emissão: 08/06/2011

2754

Energisa
Energia Sergipe Distribuição S.A.
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-100
CNPJ 13.917.442/0001-43 Insc. Est. 276.787.431
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº 93620

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar para o telefone 0800 079 0196, a conta

0800 079 0196

LIGACÃO GRATUITA

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00001599794

Reservado ao FISCO

eb5c.9319.fac7.8b72.0163.b0f4.56bf.6309

04/2011		Conjunto LAGARTO		
LIMITE INFERIOR		LIMITE SUPERIOR		
DIC MENSAL	6,0	0,00	NOMINAL	127
DIC TRIMESTRAL	12,1		CONTRATADA	
DIC ANUAL	24,1		LIMITE INFERIOR	116
FIC MENSAL	3,8	0,00	LIMITE SUPERIOR	133
FIC TRIMESTRAL	7,1			
FIC ANUAL	14,2			
DMC	3,5	0,00		

DMC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade costumam indicar implicação direta à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO JUN/2011 10/06/2011

RUA RANULFO PRATA 127

LAGARTO
CNPJ/CPF 0588320144

07/07/2011

MAI/2011	116
ABR/2011	107
MAR/2011	124
FEV/2011	118
JAN/2011	159
DEZ/2010	120
NOV/2010	144
OUT/2010	118
SET/2010	123
AGO/2010	113
JUL/2010	116
JUN/2010	109

FATURAS
VENCIDAS ATÉ DIA
03/06/2011 PAGAS.
OBRIGADO!

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES: 122 KWh
Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA	13,23	24,88
COMPRA DE ENERGIA	13,14	24,51
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	1,24	2,31
ENCARGOS SETORIAIS	2,80	5,22
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	23,20	43,28
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	53,61	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 04/2011): R\$ 21,89

ATENÇÃO

- LEITURA CONFIRMADA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/159979-4

AVISO IMPORTANTE

A Lei 12.212/2010 alterou os critérios de classificação e de concessão do benefício da Tarifa Social de Energia Elétrica (Baixa Renda). Se algum integrante da sua residência for cadastrado em qualquer programa social do Governo Federal, entre em contato com a Energisa através do telefone 0800 079 0196 para saber como se cadastrar. Você poderá usufruir de um desconto de até 65% na sua fatura.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



10/05/11 7027 07/06/11 7117 1 90 28

FORNECIMENTO DE ENERGIA

90 X 0.33793 30,41

IMPOSTOS / ENCARGOS

PIS: 0,40

COFINS: 1,87

CONTRIB ILUM PUBLICA 8,71

JUROS DE MORA 04/2011 0,40

MULTA 04/2011 0,53

ICMS (Base de Cálculo R\$ 43,37 | Alíquota 26,00%) 10,88

VENCIMENTO

05/07/2011

TOTAL A PAGAR

R\$ 53,61

Energisa
Energia Sergipe Distribuição S.A.

DESTAQUE AGIR

Sergipe

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
Roteiro: 03-180-148-7020

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

05/07/2011

R\$ 53,61

159979-2011-06-6



DIGITALIZADO

MS/DATASUS

CENTRO HOSP. DE ASSIST. AO PAC. COM DENGUE

Nº. DO BE: 19527

DATA: 05/12/2010 HORA: 10:10 USUARIO: CRRNASCIMENTO

CNS:

SETOR: 01 - CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

DOC...: 702833

IDADE.....: 59 ANOS NASC: 13/06/1951

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA RANUFO PRATA

NUMERO: 127

COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO

MUNICIPIO.....: LAGARTO

UF: SE

CEP...: 49400-000

NOME PAI/MAE...: JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO / MARIA IZABEL DO NASCIMENTO

RESPONSAVEL...: FERNANDO DO NASCIMENTO

TEL...: 9955-6911

PROCEDENCIA...: LAGARTO

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg [] PULSO: [] TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: vítima de cava. de mão - punho não está
em posição normal. há 1 h. sup. uny. com edema. Neg.
clínica mental, diminuição de volume de membros superiores.

(1) Vias aéreas livres, cervical de norm. chive.

(2) Exame de MM. 19.15

(3) Hematoma e edema
clavicular (1), cl. escarific.
em punho mo (2)

DIAGNOSTICO: Polipneumonia, quadro não

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Limpeza + Anestesia mo (2)

(2) Dipirona - 19.15

(3) Dexametasona - 1 comp. 19.15

Sol. Rx tórax + PA e outros

(1) 2P.

De Taliana C. S. W. M.
Cirurgia Geral
Cremona - RJ

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐

1. Queixa principal: valvulopatia aórtica
com regurgitação aórtica

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo ☐ Crônico ☐

3. História Pregressa: DM ☐ Cardiopatias ☐ HAS ☐ Alergias ☐

Outros: _____

4. Dados Vitais

P.A.: 140 x 70 - FC _____ Tax _____ FR _____ Glicemia _____ SPO2 _____

5. Risco: AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELO ☐ VERMELHO ☐

Enfermeiro (Ass. e Carimbo): Elaine Cristina de Freitas Hora da Class.: 10:30

PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA ENFERMEIRA COREN-SF 0143777 Hora atend. Méd.: 10:38

12.10.2014. Valvulopatia aórtica com regurgitação aórtica (2)

cp. Transp. pl. anal. ortostática

Tatiana Soares
Cirurgia Geral
CREMOM-2011

6. Avaliação de risco pelo médico: AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELO ☐ VERMELHO ☐

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO/SE

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



CERTIDÃO



Certifico, conforme solicitação verbal e para fins legais cabíveis, que não existe, neste município, órgão pertencente ou subordinado ao Instituto Médico Legal do Estado de Sergipe – IML. Portanto, todas as solicitações de Laudos Periciais referentes a fatos ocorridos neste município são encaminhadas á sede do referido órgão, localizada na Praça Tobias Barreto, Bairro São José, Aracaju/SE e que tem atribuição para realização de exames periciais em todo o Estado..

26 JAN. 2011

[Signature]
Marcelo Hercos Lyrio

Delegado de Polícia

[Signature]
Ticianá Santana Sabey
Escrivã de Polícia

"Válido somente com
selo de autenticidade"

 SE AD 1487323 PODER JUDICIÁRIO ESTADO DE SERGIPE PARTORIO 1º OFICIO Augusto Prata Leôncio Tabelião em Exercício Tenilides M. Prata Martins Tabela Substitua Andréa Rozalva de C. Souza Escrivente Autorizada Lagarto - Sergipe	Certifico que esse documento é a cópia fiel do original que me foi exibido.
	10 MAR. 2011 Lagarto/SE O Tabelião <i>[Signature]</i>

Escrevente Autorizado



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



DIGITALIZADO

POLÍCIA ON-LINE

DELEGACIA DE POLÍCIA DE LAGARTO - MULHER

PRAÇA RUI MENDES S/Nº, CENTRO FONE: (79)3631-2114

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2010/09222.0-000313

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE LAGARTO - MULHER

Endereço: PRAÇA RUI MENDES S/Nº, CENTRO FONE: (79)3631-2114

FATO

Data e Hora do Fato: 05/12/2010 - 08:00 até 05/12/2010 - 08:00

Endereço: PISTA PRINCIPAL Número: S/N Complemento: CEP: 49400-000

Bairro: Pov. Urubutinga Cidade: LAGARTO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE LAGARTO - MULHER

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

Nome do pai: JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO Nome da mãe: MARIA ISABEL DO NASCIMENTO

Pessoa: Física CPF/CGC: 086.883.201-44 RG: 7028334 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: LAGARTO Data de nascimento: 13/06/1951 Sexo: Masculino Cor da cutis: Branca

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Viúvo Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA RONULFO PRATA Número: 127 Complemento: CENTRO

CEP: 49.400-000 Bairro: Cidade: LAGARTO UF: SE

Proximidades: Telefone:

HISTÓRICO

INFORMA O NOTICIANTE QUE, NA DATA DE 05 DE DEZEMBRO DE, ÀS 08:00 HORAS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. RELATA QUE É PORTADOR DE CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO(CNH Nº 00358445301) E, QUANDO ESTAVA TRANSITANDO NAS PROXIMIDADES DO POVOADO URUBUTINGA, LAGARTO/SE, SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDA PELA COLISÃO DE UM VEÍCULO, NÃO SABENDO O NOTICIANTE PRECISAR DADOS SOBRE SUA IDENTIFICAÇÃO. DESTACA, QUE NÃO LHE FOI PRESTADO O DEVIDO SOCORRO, MUITO EMBORA TENHA SIDO JOGADO PARA O FINAL DA PISTA, COM ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO. POR CONTA DAS LESÕES SOFRIDAS, O NOTICIANTE TEVE LESÕES NO OMBRO DIREITO E NECESSITOU DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA.QUE OS DADOS DE SUA MOTOCICLETA SÃO: MARCA JTA/SUZUKI INTRUDER 125, ANO 2008, COR VERMELHA, PLACA IAE 3264, CHASSI 9CDNF41AJ8M0569211.

Data e hora da comunicação: 14/12/2010 às 15:26

Última Alteração: 14/12/2010 às 15:26.

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
Responsável pela comunicação

Wílde Pereira Sobral
Responsável pelo preenchimento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvt, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTÔNIO FERNANDO DO NASCIMENTO PORTADOR / A DO RG Nº 302833 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 26/03/2011 CPF / CNPJ Nº 086.883.201-44, PROFISSÃO LAURADOR E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 510,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA DO MESMO.

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 3166-6
Nº CONTA CORRENTE 0023490-7

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039



() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL LAGARTO - SE

DATA 10/03/2011

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A [Assinatura]

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

REDE QUADRAVIA
EXTRATO CONTA CORRENTE

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
AGENCIA 3166 CONTA 0000499-7

14:17 HRS
04/FEV/2011

DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE 63,00-
= TOTAL DISPONIVEL 63,00-

SALDO TOTAL 63,00-

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

----- APRIL/2010 -----
DIA HISTORICO N. DOITO VALOR
15 SALDO ANTERIOR 0,00
----- FEVEREIRO/2011 -----
04 TARIFA BANCARIA 0001110 21,00-
CESTA COMPLETA
TARIFA BANCARIA 0001110 21,00-
CESTA COMPLETA
TARIFA BANCARIA 0000111 21,00-
CESTA COMPLETA
SALDO TOTAL 63,00-

MOVIMENTACAO POUQUANCA

----- FEVEREIRO/2011 -----
DIA HISTORICO N. DOITO VALOR
21 SALDO ANTERIOR 0,30
SALDO TOTAL 0,30



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

Erivaldo Macedo Mendes OAB/SE 3512

ADVOCACIA - CONSULTORIA - ASSESSORIA

PROCURAÇÃO
1004050



DIGITALIZADO

OUTORGANTE(S): ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO, brasileiro, maior, capaz, viúvo, lavrador, portador do CPF: n.º 086.883.201-44, identidade, n.º 702.833 SSP, (SE), residente e domiciliado na Rua Ranolfo Prata, n.º 127, Centro Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, pelo presente **INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO**, nomeia e constitui seu bastante procurador.

OUTORGADO(S): ERIVALDO MACEDO MENDES, advogado, brasileiro, divorciado, CPF n.º 319.407.225-00, inscrito na OAB (SE), sob o n.º. 3512 residente e domiciliado nesta cidade, com escritório profissional na Praça Sebastião Garcez, 04, Edifício Erivaldo Mendes – Centro – Lagarto/SE – CEP: 49.400-000 e Rodovia. SE 214, 400, Galeria Erivaldo Mendes, Povoado Brasília, Lagarto/SE, Telefone (79) 3631-4563, a quem confere.

PODERES: O outorgante confere amplos e ilimitados poderes para o fim especial de providenciar toda a documentação referente a regulação do seu seguro obrigatório, receber o valor da indenização do seguro obrigatório DPVAT frente ao Banco Bradesco ou Banco do Brasil, bem como poderes para abertura e movimentação de conta de poupança e saque em nome do mesmo frente aos bancos retro-mencionados, podendo assinar o que for necessário, firmar recibo, dar quitação, solicitar saldos ou extratos, preencher e assinar o formulário de autorização de pagamento/crédito da indenização de sinistro DPVAT, como também requerer o pagamento em qualquer agência dos mencionados bancos e junto a seguradora competente responsável pelo pagamento da indenização decorrente do acidente de trânsito ocorrido com o mesmo, inclusive praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato frente a qualquer Órgão Público Federal, Estadual e Municipal, Polícia Militar, Polícia Civil, IML, SAMU, Corpo de Bombeiros, Clínicas e Hospitais Particulares, Fundações de Assistência e Beneficência, além de poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA", inclusive os enumerados na parte "in fine" do art. 38 do CPC e também substabelecer, o que tudo dará por bem, firme e valioso. Os poderes outorgados se referem exclusivamente para saque do pagamento da indenização do seguro DPVAT, sendo que, após o pagamento da indenização dita procuração perderá a sua validade e também o procurador renunciará aos poderes outorgados.

Lagarto (SE), 01 de janeiro de 2011.

Antonio Fernando do Nascimento
ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Praça Filomeno Neto, 04 - Edif. Arlene Libório - Centro
Lagarto-SE - CEP: 49.400-000 - Fone/Fax: (79) 3631-2721

Reconheço AUTENTICA a firma íntima
de ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
Dou fé.
Lagarto, 1 de Fevereiro de 2011.
Em testemunho da verdade.

TABELIAO (A) e ou ESCRIVENTE AUTORIZADA
Válido apenas com selo de Autenticidade.

CARTÃO
VÁLIDO
Tabela de valores: R\$ 100,00
Tabela de valores: R\$ 100,00
Escritura Autorizada: Válido e eficaz de 01/01/2011

CEP: 49400-000
Lagarto(SE)

00000000000000000000000000000000

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

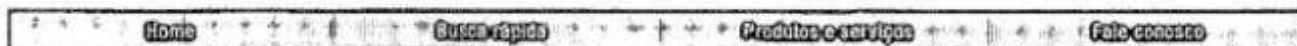
na qualidade de procurador(a) / intermediário(a) do beneficiário(a) ANTÔNIO FERNANDES
DO NASCIMENTO do sinistro de DPVAT da natureza INVAZINEZ
da vítima DO MESMO, e conforme

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 1.100,00

Documentos comprobatórios: — \ — — | — — | — — | — — | — — | — —

Arnaldo Macedo Macedo

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Conheça o Seguro DPVAT

- » O que é
- » Quem pode usar
- » Quem deve pagar
- » Informações gerais
- » Leis e Resoluções

Serviços do Seguro DPVAT

- » Saiba como solicitar a indenização
- » Imprima formulários úteis
- » Saiba quanto pagar
- » Tire sua guia de pagamento
- » Exclusivo para corretores

SAIBA SE O SEU DPVAT ESTÁ EM DIA

Exercício: 2010

Placa: IAE3264 UF: SE

Chassi: 9CDNF41AJ8M059211

Renavam: 964716283

Banco: 47

Data Proc.: 21/05/2010 Data Pag.: 19/05/2010

Proprietário: ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

voltar

19/05/10.

Copyright 2010 - Seguro DPVAT - todos os direitos reservados - créditos

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
RUA RANULFO PRATA 127
LAGARTO / SE (AG: 180)

Classe: RESIDENCIAL Monofásica

Roteiro: 03-180-148-7020

Nº do Medidor: N1050471105

0

Referência: NOV/2010

Emissão: 09/11/2010

Cep: 49400-000



Energisa Scripte - Distribuidora de Energia S/A

Rua Min. Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP 49040-150

CNPJ 13.017.662/0001-83

Insc. Est. 27.076.743-6

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica

2703

Nº 92101

08000 79 0196

LIGACAO GRATUITA

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00001599794

Reservado ao FISCO

14ea.70e1 f1d0.843a.9f9b.5f22.9fa9.90ab

Indicadores de Qualidade - 09/2010 - LAGARTO

	LIMITE DA TARETA	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	
DÉC	6,3	3,30	NOMINAL	127
FEC	5,1	1,66	CONTRATADA	
DIC	6,5	0,00	LIMITE INFERIOR	116
FIC	4,1	0,00	LIMITE SUPERIOR	133
DMIC	4,0	0,00		

DÉC: horas, em média, que a região ficou sem energia. FEC: vezes, em média, que a região ficou sem energia. DIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicam direito à compensação.

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/159979-4

Canal de Contato

AVISO IMPORTANTE

A Lei 12.212/2010 alterou os critérios de classificação e de concessão do benefício da Tarifa Social de Energia Elétrica (Baixa Renda). Se algum integrante da sua residência for cadastrado em qualquer programa social do Governo Federal, entre em contato com a Energisa através do telefone

0800 079 0196 para saber como se cadastrar.

Você poderá usufruir de um desconto de até 65% na sua fatura.

Dados do Cliente

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

RUA RANULFO PRATA 127

LAGARTO

CNPJ/CPF 8688320144

Conta referente a

NOV/2010

Apresentação

11/11/2010

Data da próxima leitura

09/12/2010

Histórico de Consumo kWh

OUT/2010	118
SET/2010	123
AGO/2010	113
JUL/2010	110
JUN/2010	109
MÁI/2010	136
ABR/2010	115
MAR/2010	124
FEV/2010	102
JAN/2010	119
DEZ/2009	105
NOV/2009	102

MÉDIA DOS 3 MESES ANTERIORES:
115 kWh

Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA	19,08	26,88
COMPRA DE ENERGIA	19,21	27,06
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	1,52	2,14
ENCARGOS SETORIAIS	4,10	5,78
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	27,07	38,14
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	70,98	100,00

Faturas em atraso

FATURAS
VENCIDAS ATÉ DIA
04/11/2010 PAGAS.
OBRIGADO!

Cálculo de Consumo

PERÍODO	CONSUMO	VALOR	DEBITO	CONTROLE	CONSUMIDOR
07/10/10	6139	08/11/10	6283	1	144 32

Demonstrativo

Valor (R\$)

FORNECIMENTO DE ENERGIA

144 x 0,30495

43,91

IMPOSTOS / ENCARGOS

PIS:

0,40

COFINS:

1,36

CONTRIB ILUM PUBLICA

7,86

JUROS DE MORA 09/2010

0,51

MULTA 09/2010

1,05

ICMS (Base de Cálculo R\$ 61,56 | Alíquota 25,00%)

15,39

LEITURA CONFIRMADA

VENCIMENTO

05/12/2010

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,98

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS


 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 2011184265

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
CPF: 086.883.201-44 CPF de: Próprio Titular do CPF: ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A Data do Acidente: 05/12/2010

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Entregue	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Entregue	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Entregue	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
BENEFICIÁRIO - ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Não Conforme	DESATUALIZADO

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.

Portador da documentação entregue

Data: 13/05/2011
Nome: CORREIOS - CARTA SIMPLES
CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/05/2011 17:34
Nome: JUCILENE PAULO DE MEDEIROS
CPF: 850.637.464-20

CORREIOS - CARTA SIMPLES

JUCILENE PAULO DE MEDEIROS

Nº 1103196

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2011

AO

Sr Erivaldo Macedo Mendes
Praça Sebastiao Garcez, 04 - Centro
49400-000 Lagarto/ SE

ASP-1506/2011 ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

Informamos que o processo supra foi alvo de nossa maior atenção. Entretanto para que possamos dar continuidade na regulação do mesmo, faz-se necessário a apresentação dos documentos relacionados abaixo. P.S. Favor quando encaminhar a documentação complementar, anexar esta correspondência.

Pendência:

- Novo Comprovante de Residência atualizado (contas de concessionárias ou órgão público ou contrato de locação ou declaração de próprio punho, informando o endereço completo). Motivo: Documento enviado esta desatualizado, com data de emissão 09/11/2010.

NUCLEO DPPVAT

DUT
1004032



CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS DETRAN - SE 196942 Nº B577665940

8 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

6 VA 254 COB. RENOVADA 2010 EXERCÍCIO

4 1 254 2010

3 ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

2 1A E3264

1 1A E3264

0 1A E3264

9 1A E3264

8 1A E3264

7 1A E3264

6 1A E3264

5 1A E3264

4 1A E3264

3 1A E3264

2 1A E3264

1 1A E3264

0 1A E3264

9 1A E3264

8 1A E3264

7 1A E3264

6 1A E3264

AL. EIDUC. BANCO FIDUCIA S.A.

1. AGARTID - Francisco de Assis Dantas

DIRETOR-PRINCIPAL

22/05/10

SE Nº B577665940 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

886-883-201-44

1A E3264

BILHETE DE SEGURO DPVAT

SE Nº B577665940

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

1A E3264

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DIGITALIZADO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSAO UF
702833 RS

CPF
086.883.201-44

DATA NASCIMENTO
13/06/1951

FUNCAO
JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO
MARIA ISABEL DO NASCIMENTO

FORMACAO
MCC
CADERN
AS

Nº EMISSAO
00358445301

VIGENCIA
13/07/2015

1ª EMISSAO
20/05/1998

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
262564419

ORGANIZACAO

Assinatura do titular

LOCAL
LAGARTO, SE

DATA EMISSAO
26/10/2010

Assinatura do titular

55661400184
82010169091

PROIBIDO PLASTIFICAR
262564419

DETRAN - SE - LAGARTO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE SERGIPE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ERIVALDO MACEDO MENDES

FILIAÇÃO
AGNELLO MENDES DA SILVA
MARIA DO SOCORRO MACEDO

NACIONALIDADE
SANTO ESTEVAO-BA

DATA DE NASCIMENTO
02/10/1968

RG
2809880 - SSR/BA

CPF
318.407.225-00

DATA DE INSCRICAO
01/07/2008

ASSINATURA
Erivaldo Macedo Mendes

RECONHECIMENTO
HENRI CLAY SANTOS ALMEIDA

3512

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04085316

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.500/94)

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
Erivaldo Macedo Mendes

RECONHECIMENTO

04085316



Fundação
Hospitalar
de Saúde

AGENDAMENTO
DE
CONSULTA



DIGITALIZADO

Centro de Especialidades de Itabaiana

Profissional: Antonio Fernando de Paes
Prontuário: Dr. Antonio Fernandes
Data: 03/02/11 Hora: 13:00

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR
1004031



Rua: Pedro Diniz Gonçalves s/nº Centro Fone: (079) 3432-9235 / 9236

Nome:

Antonio Fernando de Paes



Cafalexana 500 28u

1 comp - 6 12 18

2.4h

Discloroxo 2.4h

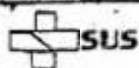
1 comp 2.4h

19 Feb

Data 03/12/10

Ortopedia - Traumatologia
CRM-721
RCS-026.035-49

Assinatura e Carimbo



Sistema Ministério
Única de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DIGITALIZADO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

R6 702833

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Fernando de Noronha

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
13/06/1952

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

17221

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Isabel de Noronha

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

mesmo

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Romulo Pato Nº 127

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Logan

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

51E 49100000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Exame físico: exame transtorno de consciência
Exame físico: exame físico de consciência
Exame físico: exame físico de consciência

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame físico

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

Exame físico: Exame físico
Exame físico: Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

5420

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico: Exame físico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01408040450

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNSICPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - Nº DO DOCUMENTO (CNSICPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

- 36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNAB DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNSICPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

14/12/10

Dr. Tânia C.R.C. Figueiredo
Médica de Trabalho / Auditora
Código 1373

281010089054-2

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

**Atestado
Médico**

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr^o
Antônio Francisco de Menezes
portador (a) do RG: _____ órgão expedidor _____
foi atendido(a) _____

no dia 08/12/10 às _____ horas, necessitando de 60 dias
de repouso por motivo de doença. Dr. Tereza
Elvira

Local: 7/2 emData: 09/12/10

[Assinatura]
Assinatura do Médico

**ASSOCIAÇÃO ARACAJUANA DE BENEFICIÊNCIA
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO**



Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome:

Antônio Fernando do Nascimento

Data:

08.12

Leito:

Descrição	Und	Qtde
Abalate 10mg (abl)	Caps	
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Adrenoplasma	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Amplictil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	Amp.	
Brevibloc	Fr.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Carbenicilina 1gr	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0,4mg	Amp.	
Claforan 1gr	Amp.	
Claforan 500mg	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19,1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	01
Efortil 0,01gr	Amp.	
Enflurano	Fr.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Etrane 100ml	Fr.	
Etrane 240ml	Fr.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 10ml	Amp.	
Fluothane 100ml	Fr.	
Furacin	Gr.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Halotano 100ml	Fr.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Keflin	Amp.	
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaina 0,5% c/v - 20ml	Amp.	01
Marcaina Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr.	
Neomicina pomada	Gr.	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	
Propofol	Amp.	
Prostigmine 0,5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Revivan	Amp.	01
Ringer Lactato 500ml	Fr.	
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0,9%	Amp.	
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Staficilin N 500mg	Amp.	
Sulfato de Aprotopina	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tagamet 300mg	Amp.	
Thionembatal 0,5g - 10ml	Fr.	
Thionembatal 1gr - 20ml	Fr.	
Tilatil 20mg	Amp.	
Tracrium 25mg	Amp.	
Tracrium 50mg	Amp.	
Trasamin 0,5ml	Amp.	
Voltaren 75%	Amp.	
Xilocaína 1% s/v	Gts	
Xilocaína 2% c/v	Amp.	
Xilocaína 2% s/v	Amp.	01
Xilocaína Geléia	Gr.	
Xilocaína Pesada	Amp.	
Xylestesim 2% c/v	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

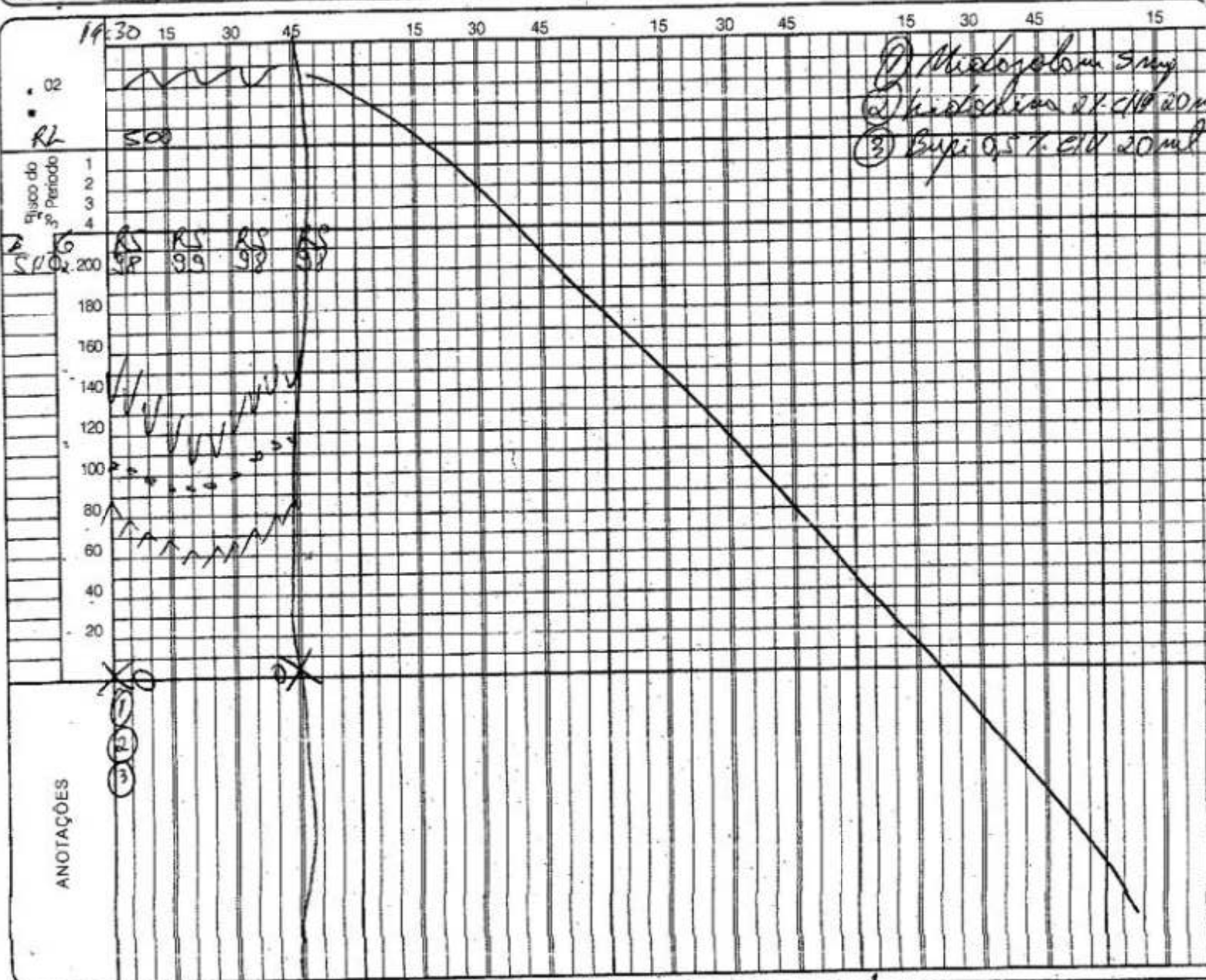
Rosa Maria

Apoptosis

Agostia: *Blor. rho. long.*

Date 08/12/10

Nome Antonio Fernando da Moura Quarto Leito Sexo Masc. Cor Idade
 Enf.
 Operador Dr. Antonio Figueiredo Auxiliares
 Diag. Preop. Fratura de omoplata direita
 Diag. Posop. Fratura de omoplata direita
 Op. Propost. Reducao + Fixacao cirurgica da fratura
 Op. Realizado Reducao + Fixacao cirurgica da fratura
 Premedicação 0 Hora 0 Resultado 1-2-3-4-5-6
 Início Anest. 14:30 Início Op. 14:35 Altura Anest. — Risco Operatório - 1 (2) 3-4 Estado Físico - 1 (2) 3-4-5-6-7



Agente Anestésico histagrina 2% C/V: 20ml + bupr. 0,5% C/V: 20ml
 Técnica Anestesia, autônoma, bloqueio de plexo braquial direito via intercostal
 Aparelho indução Posição Local punção Líquido retirado Resultado: B - R - M
 Técnica bloq. plexo braq. D Posição após Posição operatório Consciência Duração da operação
 Duração da operação Duração da Anestesia
 Condução no final da operação A A 11

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
08/12	19:30	Encontra-se no leito, em decúbito dorsal. Calmo, consciente, orientado verbalmente, afebril, não manifestando desconforto, em uso de novo terapêutico, aceita a dieta, diurese presente, digestão ausente, sem queixas até o momento. ———— Tia Shirley	36,8			120 80	
	21:50	Paciente encaminhado ao Raio X, deambulando consciente, acompanhado por familiar e funcionários do setor. Ausc. ———— x ———— Silvanaide					
	22:00	Paciente retornou do (centro) citados RX. ———— Tia Shirley					
08/12	22:10	Administrado medicamento de horário conforme prescrição médica. Ausc. Estável					
09/12	04:00	Administrado medicamento conforme prescrição médica. Tia Shirley					
	03h	Paciente no leito com queixas e insônia até o momento. Shirley Jane					
	04:00	Administrado medicamento conforme prescrição médica. ———— Tia Shirley					
09-12	09:00	Paciente em alta hospitalar, deambulando, acompanhado por familiar, apresentando recuperação satisfatória, aceita a dieta, recebeu orientações de cuidados de pós-alta. Ausc. Estável					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNLUKLE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

T.M.M. Co.

LETO:

Dr

PACIENTE

Interim Fernando da Silva

● 2017年10月

SPD

END

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicose
08/12/10	08h	pt: admitido neste setor de Clínica Cirúrgica; Paciente de Jurema, Idade submetida a tratamento cirúrgico com o diagnóstico de distúrbio de Ovario, nos exames de rotina, o mesmo calma, consciente, orientado, verbalizando bem, supneis, nega HAS, DM e alergia medicamentosa além este de jejum. Verificadas SSN/ Aus. Exatidão				132/70	
	13:40	Pac. encaminhado ao e.e. para exame físico, paciente calma, lucido, orientado no tempo e no espaço respondendo as solicitações feitas. Supneis e febre deu entrada no e.e. para submeter-se a intervenção cirúrgica em seguida de Dr. Aníbal T. Menezes - x - este exame físico em face pré-operatória + monitorização cardíaca +					
	14:20	em anestesia com sucesso - x -					
	14:35	início de atc cirúrgica até o momento sem alterações - x -					
	15:00	Termino de cirurgia, paciente aquecido em observação pós-operatória para ser encaminhado ao R. e logo após a enfermeira Suz. Elvira.					
	15:40	Pac. retorna do r.c. em sala e usa deioterapia, acordado, verbalizando, aparentemente bem. Suz. reabilita					
	16h	Adm. medicação de horário conforme prescrição. Suz. reabilita					
	18h	Pac. recebe a dieta. Administrado medicação de horário. Suz. Elvira					

ASSOCIAÇÃO ARACAJUANA DE BENEFICIÊNCIA
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

DIGITALIZADO

UNCADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LETO:

PACIENTE

Mean of Non-academic

IMAGE:

SEXO:

REG-1

DATA	HISTÓRICO
08/12/10	Dr. Antônio Fernandes de Menezes CRM-721 CPF 103.026.035-49 Ortopedia - Traumatologia
09/12/10	Dr. Antônio Fernandes de Menezes CRM-721 CPF 103.026.035-49 Ortopedia - Traumatologia

ASSOCIAÇÃO ARACAJUANA DE BENEFICÊNCIA
HOSPITAL SANTA ISABEL

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

DIGITALIZADO

Ficha de Ato

Cirúrgico

Nome do Paciente:

Antônio Francisco N. Arantes

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura de Clavícula

Cirurgia realizada:

Redução cirúrgica e fixação

Cirurgião:

Dr. Antônio F. Moraes

Auxiliares:

Elisângela

Anestesiologista:

Dr. Breno

Anestesia:

Bloqueio braquial

Diag. Pós-operatório:

Fratura de Clavícula

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Anestesia + campo
Desbrito do local
Lavagem
Redução cirúrgica e fixação
Sutura
Curativo

Data:

08/04/0

Assinatura do cirurgião:

Dr. Antônio Fernandes de Moraes
CRM-SP: 113.028.033-40
Ortopedia - Traumatologia

DIGITALIZADO

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

ASSOCIAÇÃO ARACAJUANA DE BENEFICIÊNCIA
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:

Antônio Fernando do Nascimento

Prontuário:

Idade:

Enfermeiro:

Leito:

Data:

08/12/11

Prescrição Médica e Dieta

1º Turno

07:00 às 13:00 h

Assinatura

2º Turno

13:00 às 19:00 h

Assinatura

3º Turno

19:00 às 07:00 h

A

Dieta Lm. - Livre

SGF 1800 2x 25g de

Kriton 1g 2x 2g de

Paracetamol 80 2x 2 8/8h

Exatonia 50 2x 12h

Paracetamol 80 2x 2 8/8h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Exatonia 50 2x 12h

Dr. Antônio Fernando do Nascimento
Oncologista

Dr. Antônio Fernando do Nascimento
Oncologista

PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

DIGITALIZADO

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

08/12/10

09/12/10

17221

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

Antonio Zesmond de Noroimato

CARTÃO SUS:

DATA DO NASC.

13/06/1952

SEXO:

M

NOME DA MÃE:

Ulenia Isabel de Noroimato

NOME DO RESPONSÁVEL:

O mesmo

COD. LOG: () RUA (081) () AV. (008) () TVA (100) () PRAÇA (065) () CONJ. (020) () POV. (092) () LOTE (056)

LOGRADOURO:

Rua Prata

Nº.

127

COMPLEMENTO:

-

BAIRRO:

Centro

CEP:

49.400-000

TEL:

(79) 9923-2569

RAÇA/COR: BRANCO 01 () PARDA 03 () PRETA 02 () SEM. INE/99 ()

TIPO DOC.: 01 - PIS/PASEP () 02 - IDENT. () 03 - REGISTRO () 04 - CPF () 05 - IGNORADO ()

Nº. DOCUMENTO:

702833

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC.

0408020250

ESPECIALIDADES: () 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER INTERNAÇÃO: 01 ELET. 02 URG. CID PRINC.

5420

ENF.

Ulenia

04

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO () 12 ALTA MELHORADA () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVASÃO () 31 TRANSF.

CPF DO PROF. SOLICIT:

CPF RESP.

103 026 035-49

PROCEDIMENTO	QUANT.	PROCED. REALIZADO	CBO	CNES
		CPF:		247761
		CIRURGIA:		
		ANEST: 80534333591	223104	
0301010170		CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		
0212010034		EXAME PRÉ TRANSF.		
0306020149		TRANSF. UNID. DE SANGUE	223505	
0802010040		ACOMPANHANTE (IDOSO)		
0202020380		LABORATÓRIO		
0202020029		PLAQUETAS		
0203020030		EXAME PATOLÓGICO		



Relatório Médico

*- O Médico, as informações prestadas por V. S., destinam-se à seguradora e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica

1 - Nome do paciente: ANDRÉ FERNANDO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 13-06-1951

As informações abaixo podem ser apuradas pelo Código Internacional de Doenças

2 - Data do início da doença ou acidente: 05 de dezembro de 2010

3 - Atendimento de Emergência
Data do 1º atendimento: 05/12/2010
Data dos demais atendimentos: _____
Diagnóstico / Causas Básicas: PAQUETE VITÁLIA DE FURTO TIPO CRANIAL
MOTUS CERO CERO OFUS FURTO DE CERO
DATA RUSDA 1º 9 PASADO NO HONOR
AN-DA CERO CERO CERO CERO CERO CERO
PAQUETE DE HONOR DE HONOR - HONOR

4 - Atendimento hospitalar
Hospital: HONOR AN-DA CERO CERO CERO CERO CERO CERO Telefone: _____
Diagnóstico / Causas Básicas: PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL

Data do 1º internamento: 08/12/2010 05/12/2010
Data dos demais internamentos: _____
Diagnóstico / Causas Básicas: PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL
PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL
PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL
PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL
PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL

5 - Principais exames complementares realizados:
Data: 05/12/2010 Exames: RX DA CERO Resultados: FURTO DE CERO

6 - Tratamentos realizados
() Clínico (x) Cirúrgico () Fisioterápico () Quimioterápico () Radioterápico () Outros

Descrição: PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL
PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL
PAQUETE DE FURTO TIPO CRANIAL

7 - Outro Médico / hospital que atende o paciente em função do diagnóstico
Médico: Dr. José Teixeira Telefone: (071) 32115568
Hospital: HONOR AN-DA CERO CERO CERO CERO CERO CERO Telefone: (071) 32127312
HONOR AN-DA CERO CERO CERO CERO CERO CERO

Dr. José Teixeira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1450



Relatório Médico

8 - No caso de perda anatômica indicar os níveis topográficos de amputação do membro ou órgão

=

9 - No caso de redução ou perda do uso de algum membro ou órgão, preencher as informações abaixo:

Alterações funcionais de cada membro ou órgão	Grau da redução funcional			
	Mínimo (0 a 25%)	Médio (26 a 50%)	Máximo (51 a 75%)	Total (76 a 100%)

10 - No caso de redução de acuidade visual, indicar sua avaliação, empregando a Escala Snellen.

Acuidade visual, D.

Sem Correção.

com correção

Acuidade Visual O. E.

sem correção

com correção

11 - No caso de redução da função auditiva, anexar exame audiométrico.

12 - A invalidez citada nos itens anteriores é de caráter permanente?

☒ Sim

() Não

Data da alta do tratamento

03/2011

13 - No caso de invalidez por Doença, qual a data da sua constatação? _____

14 - Outras doenças ou deformidades já apresentadas anteriormente pelo paciente.

nenhuma

15 - Observações

Nome do Médico

Dr. José Teixeira

Nº do CRM

1450

Telefone

(079) 3211-5368

Endereço

Rua Manoel Lameira

Número

598

Cidade

Amajari

Estado

Alagoas

Dr. José Teixeira
Ortopedia - Traumatologia

Dr. José Teixeira

Assinatura do Médico

Cidade

Data

Consultório e Serviço de Ortopedia e Traumatologia Dr. José Teixeira: Rua Manoel Lameira, 598 CEP: 49055390 Amajari/SE
Tel: (79) 3211-5368 - 9973-7504 - 8848-2270



Relatório Médico

Nome Completo da Vítima: <i>ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO</i>	Número do Sinistro: <i>000-2010/052220.000313</i>
---	--

Declaração do Médico (de Próprio Punho)

Data do Acidente: <i>05 de Dezembro 2010</i>	Data do Início do Tratamento Médico: <i>05 de Dezembro 2010</i>
--	---

Nome completo e CRM do Médico:

DR. JOSÉ TEIXEIRA CRM 1450

Lesões Resultantes do Acidente:

*Presença de fratura de rádio tipo distal
motax com o canal rotax. Fratura da clavicula
distal, onde foi operado de redução com placa
com fixação interna da clavicula distal.
Com fixação de Kirschner.*

Dados resumidos dos tratamentos realizados (Dados)

*Presença de fratura de rádio tipo distal, sendo
operado de redução com placa e
fixação com pinos de Kirschner
da clavicula D.*

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente () Sim ☒ Não

caso positivo descrever:

com relação à invalidez pode-se concluir que:

() A invalidez é temporária, portanto passível de recuperação significativa ou de cura através do tratamento

☒ A invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou cura.

Local

Aracaju/SE

data

16/03/2011

Ass: Carimbo

Dr. José Teixeira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1450

Consultório e Serviço de Ortopedia e Traumatologia Dr. José Teixeira: Rua Itaporanga, 560 CEP. 48055320 Aracaju-SE.
Tel: 79 / 3211 - 5368 / 9973 - 7504 / 3348 - 2270



Relatório Médico

Grau de incapacidade funcional irreversível (especificar o segmento ou órgão atingido)

	Segmento anatómico ou órgão atingido
1ª	→ Presença de limitação moderada do arco
2ª	de movimento do MSD.
3ª	→ Período de recuperação superior a 90 dias.
4ª	
5ª	→ Presença de dor aguda e incapacidade
6ª	funcional do MSD.
7ª	
8ª	
9ª	
10ª	

Cornatua definitiva no dia 03/2009 afirma que assistiu e/ou avisou a vítima no

Período de 16/03/2009 e que as respostas são

Completas e verdadeiras

Assinatura

Local

16/03/2009

Data

Dr. José Teixeira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1450
Assinatura

Ass / carimbo

Anexar cópias do prontuário médico relativos ao acidente.

Assinatura

Local

16/03/2009

Data

Assinatura

Ass. Da vítima



Relatório Médico

Nome: ANTONIO FERNANDO DO NASCIMENTO Idade: 59 ANOS
Data do acidente: 05/12/2010 nº do sinistro: 2010/09222.0-000313

Acompanhamento Ambulatorial

1 - Diagnóstico: FRATURAS DIAPHR. DA CERVICAL D.

2 - Exames / Tratamentos: PARALIZE POR ACCOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO
DO INSTITUTO ABILIS DO SUS. UNTO AS RUINS
E INICIANDO TRATAMENTO EM 03/2011

3 - Justificativa: PARALIZE DA COTA BILATERAL, POR AS RUINS
FUNCIONAIS DA COTA BILATERAL
FRATURAS

4 - Exames / Tratamentos

5 - Justificativa

6 - Data da alta definitiva: 03/2011

7 - Nome do médico responsável: Dr. José Teixeira

8 - Nome do paciente: Dr. José Teixeira
Ortopedia - Traumatologia

9 - Justificativa / outras: CRM 1450

Local: AMARAL (CUI) Data: 16/03/2011

Ass: Dr. José Teixeira

Dr. José Teixeira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1450

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **ERIVALDO MACEDO MENDES**, brasileiro, maior, capaz, divorciado, advogado, escrito na OAB n.º 3512, OAB (SE), CPF n.º 319.407.225-00, **declaro**, na forma do art. 1º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com escritório profissional na **Praça Sebastião Garcez, n.º 04, Edifício Erivaldo Macedo Mendes, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000**, e, na forma do art. 3º do mesmo diploma, estou ciente da responsabilidade da declaração, inclusive das sanções do art. 299 do Código Penal.

Lagarto (SE), 10 de março de 2011.



ERIVALDO MACEDO MENDES