
Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251114

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO JACKSON FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251114

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO JACKSON FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251114

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO JACKSON FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 054.806.564-06 Nome completo da vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JÚNIOR

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

Nome completo: CARLOS ANTONIO DA SILVA JÚNIOR CPF: 054.806.564-06
Profissão: _____ Endereço: ONILDO RIBEIRO DIAS Número: 190 Complemento: CASA
Bairro: SEIAROTÃO Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58930-086
E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 9.88361107

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

RENTA MENSAL:

☒ RECLUSO 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3371 6 CONTA: 58.957 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: CAMPINA GRANDE-PB 28/03/19
Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA JÚNIOR
CPF: 054.806.564-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

ARILE CORRETORA
Assinatura
02 ABR. 2019
TEL: (63) 3321-5930
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.



Ourocard
International



Electronic use only / Apenas uso eletrônico

4001 6390 9430 9156

4001

GOOD
THRU 09/19

CARLOS A SILVA JR
3331-6 58.957-8

VISA

ELECTRON



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00043.01.2019.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 16/11/2018

Hora: 13:02:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Centenário, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Hospital Antonio Targino.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Carlos Antonio da Silva Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria do Socorro Nazareno da Silva e Carlos Antonio da Silva

Idade: 33

Data de Nascimento: 24/11/1985

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Vendedor

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 054.806.564-06

Endereço: Rua Onildo Ribeiro de Assis, 190, Serrotão, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: 2ª Rua Após o Mercadinho Brasileiro

Telefone: (83) 98874-5168

TESTEMUNHA

Nome: Jabison de Sousa Figueiredo

Conhecido por: Não informado

Filiação: Joana Darc de Sousa Figueiredo e Valdecir de Figueiredo

Idade: 29

Data de Nascimento: 20/12/1989

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Cabeleireiro

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 085.043.214-60

Endereço: Rua Plínio Lemos, 2224, Malvinas, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Posto de Saúde da Ramadinha

Telefone: (83) 98682-3852

ARIVLE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL.: (83) 3321-5930



TESTEMUNHA

Nome: Joalison de Sousa Figueiredo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joana Darc de Sousa Figueireo e Valdecir de Figueiredo
Idade: 27 **Data de Nascimento:** 11/04/1991 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cabeleireiro
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 016.397.954-56
Endereço: Rua Santarém, 691, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: 4ª Rua Após da Base da Polícia Ambiental
Telefone: (83) 98890-9417

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo POP 100, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2015, placa QFI-2927, chassi 9C2HB0210FR469767, renavam 0105652687-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/POP 100, Ano/Modelo 2015/2015, cor vermelha, Placa QFI-2927-PB, Chassi de Nº 9C2HB0210FR469767, licenciada em nome do comunicante Carlos Antonio da Silva Júnior, quando trafegava na Avenida Floriano Peixoto, bairro do centenário, momento em que trafegava na faixa do meio da via e o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado que trafegava pela faixa da direita e de repente foi passar para a faixa do meio, logo o comunicante não esperava tal mudança brusca tendo colidido na lateral da citada moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura do tendão patelar na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 07 de fevereiro de 2019.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

Carlos Antonio da Silva Junior
CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Noticiante

Ademir da Costa Vilar
ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	054.806.564-06	CARLOS ANTONIO DA SILVA JÚNIOR	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS ANTONIO DA SILVA JÚNIOR		054.806.564-06	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	ONILDO RIBEIRO DIAS	190	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SERROTAO	CAMPINA GRANDE	PB	58930-086
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(83) 9.88361107		

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

RENDA MENSAL:

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	3371 6	58.957 8
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data: CAMPINA GRANDE-PB 28/03/19
 Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA JÚNIOR
 CPF: 054.806.564-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
2ª Nome:	
CPF:	

ARVILE CORRETORA
 Assinatura
 02 ABR. 2019
 TEL: (83) 3321-5930
 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.**



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 16/11/2018	HORA: 13:02 HRS	ID Nº: 1737766
NOME:	CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	AV - FLORIANO PEIXOTO - CENTENÁRIO	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 7 de dezembro de 2018.

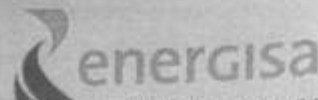
ARIVLE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL.: (83) 3321-5930


Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deocleio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR
RUA ONILDO RIBEIRO ASSIS, 190 - SERROTAO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58434066 (AG: 401)

Emissão: 20/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (0000-0000)
Roteiro: 13 - 401 - 600 - 3410 Nº medidor: 00008050681



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 06.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.000.829-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003.071.793
Cód. para Dib. Automático: 00002269629

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	054.906.564-08 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **4/226962-9**

Canal de contato

- Exercício de apresentação de Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/01/19	8880	20/02/19	8086	1	136	29

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq. Ictm (%)	Base Calc	Pa/Colm (%)	Colm (%)
0601	Consumo em kWh	136,000	0,759740	103,19	103,19	27	27,86	103,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIB. ILM. PÚBLICA			12,52	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2019			0,46	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2019			2,05	0,00	0	0,00	0,00

ARQUIV. CORRETORA.

02 ABR. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 119,22 103,19 27,86 103,19 1,03 4,74

Média última (últimos 12 meses)
128

VENCIMENTO
27/02/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 118,22

Histórico de Consumo (kWh)

127 | 124 | 143 | 119 | 124 | 140 | 122 | 118 | 146 | 119 | 89 | 140
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FISCO

73a0.89fa.06ef.dc02.733f.4abb.9716.967c.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QVC MENSAL	9,55	0,00	NOMINAL 220
QVC TRIMESTRAL	11,10		
QVC ANUAL	22,21		
QVC MENSAL	9,55	0,00	CONTRATADA 203
QVC TRIMESTRAL	11,10		
QVC ANUAL	22,21		
QVC MENSAL	9,55	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
QVC TRIMESTRAL	11,10		
QVC ANUAL	22,21		

COMPANHIA S/A de Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/DO	21,93	18,46
Compra de Energia	36,47	30,85
Serviços de Transmissão	4,83	4,08
Encargos Setoriais	6,64	5,61
Encargos Direitos e Encargos	48,86	41,18
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	118,22	100,00

Valor do ELC (R\$) 12/2018: R\$ 12,97



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11885335

REFERÊNCIA

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANTONIO JACKSON FERREIRA
RUA MARIA OLIVIA M BRAGA, 42 - BODOCONGO CAMPINA
GRANDE PB 58430-053

março 2019 *Casa 42*

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	

018.043.515.0051.000

000

1

0

0

0

Hidrômetro

Data de Instalação

Localização

Situação Água

Situação Esgoto

Y10X300678

16/02/2011

EXTERNO LIGADO

LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M³) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA

728

735

7

32

11/04/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

FEV/2019

4

4

PARAMETROS

EXIG.

ANALIS.

CONFORMES

JAN/2019

4

TURBIDEZ

178

178

173

DEZ/2018

5

CLORO

178

178

176

NOV/2018

5

COL. TERMOT

0

0

0

OUT/2018

4

COR

55

167

163

SET/2018

4

COL. TOTAIS

178

178

178

MEDIA(H)

4

DADOS REFERENTES A: JAN/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 12/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:54:41

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M³

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

7 M³

30,33

ACRESCIMOS) MES(ES) ANT. 11/2018 12/2018 01

4,09

JUROS DE MORA 11/2018 12/2018 01/2019

1,93

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS F COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

21/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 74,26



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO

OS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

ARVILE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL.: (83) 3321-5930



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

11885335

MAR/2019

21/03/2019

R\$ 74,26

82670000000 1 74260010018 1 01188533501 5 03201520003 2



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 ANTONIO JACKSON FERRAZ inscrito (a) no CPF/CNPJ 498824654041, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 054806564061, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.806.564/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

ARIVLE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL: (83) 3321-5950

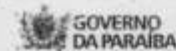
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA OLÍVIA MENDES BRAGA</u>		Número <u>42</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>DINAMÉICA</u>	Cidade <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado <u>PD</u>	CEP <u>58.430-057</u>
Email <u> </u>		Telefone comercial(DDD) <u> </u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 88361107</u>

C. GRANDE, 03 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antonio Jackson Ferraz
Assinatura do Declarante

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1775257

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.266/0038-52
Av. Mai. Roriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 - Data: 16/11/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ligiana Verônica Silva CoutinhoPACIENTE: CARLOS ANTONIO DA
SILVA JUNIOR

CEP: 58400002

Nascimento: 25/11/1985

Endereço: ONILDO RIBEIRO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 332

Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO
NAZARENO DA SILVA

RG:

Nº 0

Responsável:

Data de

Profissão:

Estado Civil:

Atend: 16/11/2018

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 13:46:29

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Anel
4. Contusão
5. Cratização
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Escoriação
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Corte
16. F. Corte-cortado
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de Venosa
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau | 1º Grau | 2º Grau | 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Trauma / Acidente de moto

EXAME PRIMÁRIO - DE CLÍNICOS

Paciente com história de acidente moto-pista há 1 hora.
com edema cervical, mobilizado em prancha.
nível de consciência de nível de consciência, náuseas,
vômitos em quantidade, equipe de SAMU hospitalar no local,
foi pulso traçado a partir do e colocado no lugar. Paciente
infere dor no local (joelho).

ALERGIA:

A antibiótico, não sabe informar qual

MEDICAMENTOS:

Nega

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotoreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15

PA 134/96

HGT:

SatO2

98%

- (A) via aérea patosa (B) edema cervical
(C) boa responsividade brônquica, ausculta pulmonar sem
(D) pulso presentes e fortes
(E) FKG (F) consciência orientada, pupilas fotoreagentes
(G) edema em joelho (H) associado a dor

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

(X) Radiografias: tórax, braço, joelho (H)

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedista,

às

Dia

Especialista:

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HÓRARIO REALIZADO
1	Plata 40mg OLA, EV, agn. 16/11	
2	ultra da avingua geral	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ARIVLE CORRETORA.
02 ABR. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

22 8

Kaplan André Joteler 11

Paciente Carlos Antonio m. Silva Jr. 32 an. Alojamento Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	
10/11	1 DIETA LIVRE				<p>admissão</p> <p>Paciente vítima de queda de auto c/ trauma em joelho @ tórax + abdome. Refere dor no "anteb braço" e c. no membro superior qual é c/ polegar fletido. Ref. c/ incapacidade de mover M.D. extensor do braço.</p> <p>Ed. Interna p/ cirurgia Solicito pr. 37. Tale Joteler M.D.</p>
	2 SAL 1500MG EV 24H + 500mg 155%	1 ^a	2 ^a	3 ^a	
	3 OPIRONE 20 EV 8/8H				
	4 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h				
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H DE DOR				
	6 NAUSEGON 1 FA + AD EV 8/8H 5N				
	7 CLEXANE 40 LB-SC 1x/DIA				
	8 OMEPRAZOL 40MG EV 1x/DIA				
	9 SSW + COGG				
	11 Tale Joteler M.D.				
	12 Desmorfina 100 + 150 SF EV 8/8h.				

De Yury Pêça

De Yury Pêça

Paciente Admitido As 19 hs
Vivo da ala amarela. Consciente
Orientado sem queixas no momento
seguido cuidados da equipe enfermagem

16
11
12

~~Joislene Macedo Santos~~
Téc. de Enfermagem
COREN 719.093

19 20. hs PA 170 x 90
11
18

Paciente sem queixas
no momento segue
ao cuidado da equipe
enfermagem

~~Joislene Macedo Santos~~
Téc. de Enfermagem
COREN 719.093



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

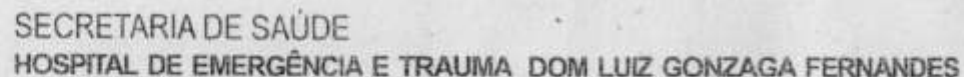
Testemunhas: _____

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: _____



Diagnóstico

RUPTURA TENDÃO PATELAR

9.2 - CARLOS ANTONIO

Alojamento	
------------	--

9-2

Leito

Convênio	
----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/11	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 6 CLEXANE 40MG SC AS 21H 7 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 8 SSVV + CCGG	12/13 24/06 13/13 24/06 CT	BEG. estável sem intercorrências. # CD: VPM
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 895 / CRM-MG 8320		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 895 / CRM-MG 8320

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem
18/11/18	8:00h	36°			120/80	300ml	Paciente consciente, orientado, SSU estável, PA 120/80, T 36°C, de repouso, sem medicação, segue sob as cuidados da enfermagem.
18/11/18	19:00h	36°			120/80		Paciente consciente, orientado, SSU estável, em repouso, sem medicação, segue sob as cuidados da enfermagem.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Populace de trilha patelão 9-12
meses

Paciente	Carlos Antônio de Silva	Alojamento	9	Leito	2	Convênio	
----------	-------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/11/1987	<p>1) 100mg Salicilato</p> <p>2) 100mg Paracetamol + ABD EV 6/6h</p> <p>3) 100mg Paracetamol + ABD EV 8/8h</p> <p>4) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p> <p>5) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p> <p>6) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p> <p>7) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p> <p>8) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p> <p>9) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p> <p>10) 100mg Paracetamol + ABD EV 12/12h</p>	<p>10/11/1987</p> <p>11/11/1987</p> <p>12/11/1987</p> <p>13/11/1987</p> <p>14/11/1987</p> <p>15/11/1987</p> <p>16/11/1987</p> <p>17/11/1987</p> <p>18/11/1987</p> <p>19/11/1987</p> <p>20/11/1987</p> <p>21/11/1987</p> <p>22/11/1987</p> <p>23/11/1987</p> <p>24/11/1987</p> <p>25/11/1987</p> <p>26/11/1987</p> <p>27/11/1987</p> <p>28/11/1987</p> <p>29/11/1987</p> <p>30/11/1987</p> <p>01/12/1987</p> <p>02/12/1987</p> <p>03/12/1987</p> <p>04/12/1987</p> <p>05/12/1987</p> <p>06/12/1987</p> <p>07/12/1987</p> <p>08/12/1987</p> <p>09/12/1987</p> <p>10/12/1987</p> <p>11/12/1987</p> <p>12/12/1987</p> <p>13/12/1987</p> <p>14/12/1987</p> <p>15/12/1987</p> <p>16/12/1987</p> <p>17/12/1987</p> <p>18/12/1987</p> <p>19/12/1987</p> <p>20/12/1987</p> <p>21/12/1987</p> <p>22/12/1987</p> <p>23/12/1987</p> <p>24/12/1987</p> <p>25/12/1987</p> <p>26/12/1987</p> <p>27/12/1987</p> <p>28/12/1987</p> <p>29/12/1987</p> <p>30/12/1987</p> <p>31/12/1987</p> <p>01/01/1988</p> <p>02/01/1988</p> <p>03/01/1988</p> <p>04/01/1988</p> <p>05/01/1988</p> <p>06/01/1988</p> <p>07/01/1988</p> <p>08/01/1988</p> <p>09/01/1988</p> <p>10/01/1988</p> <p>11/01/1988</p> <p>12/01/1988</p> <p>13/01/1988</p> <p>14/01/1988</p> <p>15/01/1988</p> <p>16/01/1988</p> <p>17/01/1988</p> <p>18/01/1988</p> <p>19/01/1988</p> <p>20/01/1988</p> <p>21/01/1988</p> <p>22/01/1988</p> <p>23/01/1988</p> <p>24/01/1988</p> <p>25/01/1988</p> <p>26/01/1988</p> <p>27/01/1988</p> <p>28/01/1988</p> <p>29/01/1988</p> <p>30/01/1988</p> <p>31/01/1988</p> <p>01/02/1988</p> <p>02/02/1988</p> <p>03/02/1988</p> <p>04/02/1988</p> <p>05/02/1988</p> <p>06/02/1988</p> <p>07/02/1988</p> <p>08/02/1988</p> <p>09/02/1988</p> <p>10/02/1988</p> <p>11/02/1988</p> <p>12/02/1988</p> <p>13/02/1988</p> <p>14/02/1988</p> <p>15/02/1988</p> <p>16/02/1988</p> <p>17/02/1988</p> <p>18/02/1988</p> <p>19/02/1988</p> <p>20/02/1988</p> <p>21/02/1988</p> <p>22/02/1988</p> <p>23/02/1988</p> <p>24/02/1988</p> <p>25/02/1988</p> <p>26/02/1988</p> <p>27/02/1988</p> <p>28/02/1988</p> <p>29/02/1988</p> <p>30/02/1988</p> <p>31/02/1988</p>	<p>19/11/1987</p> <p>20/11/1987</p> <p>21/11/1987</p> <p>22/11/1987</p> <p>23/11/1987</p> <p>24/11/1987</p> <p>25/11/1987</p> <p>26/11/1987</p> <p>27/11/1987</p> <p>28/11/1987</p> <p>29/11/1987</p> <p>30/11/1987</p> <p>01/12/1987</p> <p>02/12/1987</p> <p>03/12/1987</p> <p>04/12/1987</p> <p>05/12/1987</p> <p>06/12/1987</p> <p>07/12/1987</p> <p>08/12/1987</p> <p>09/12/1987</p> <p>10/12/1987</p> <p>11/12/1987</p> <p>12/12/1987</p> <p>13/12/1987</p> <p>14/12/1987</p> <p>15/12/1987</p> <p>16/12/1987</p> <p>17/12/1987</p> <p>18/12/1987</p> <p>19/12/1987</p> <p>20/12/1987</p> <p>21/12/1987</p> <p>22/12/1987</p> <p>23/12/1987</p> <p>24/12/1987</p> <p>25/12/1987</p> <p>26/12/1987</p> <p>27/12/1987</p> <p>28/12/1987</p> <p>29/12/1987</p> <p>30/12/1987</p> <p>31/12/1987</p> <p>01/01/1988</p> <p>02/01/1988</p> <p>03/01/1988</p> <p>04/01/1988</p> <p>05/01/1988</p> <p>06/01/1988</p> <p>07/01/1988</p> <p>08/01/1988</p> <p>09/01/1988</p> <p>10/01/1988</p> <p>11/01/1988</p> <p>12/01/1988</p> <p>13/01/1988</p> <p>14/01/1988</p> <p>15/01/1988</p> <p>16/01/1988</p> <p>17/01/1988</p> <p>18/01/1988</p> <p>19/01/1988</p> <p>20/01/1988</p> <p>21/01/1988</p> <p>22/01/1988</p> <p>23/01/1988</p> <p>24/01/1988</p> <p>25/01/1988</p> <p>26/01/1988</p> <p>27/01/1988</p> <p>28/01/1988</p> <p>29/01/1988</p> <p>30/01/1988</p> <p>31/01/1988</p> <p>01/02/1988</p> <p>02/02/1988</p> <p>03/02/1988</p> <p>04/02/1988</p> <p>05/02/1988</p> <p>06/02/1988</p> <p>07/02/1988</p> <p>08/02/1988</p> <p>09/02/1988</p> <p>10/02/1988</p> <p>11/02/1988</p> <p>12/02/1988</p> <p>13/02/1988</p> <p>14/02/1988</p> <p>15/02/1988</p> <p>16/02/1988</p> <p>17/02/1988</p> <p>18/02/1988</p> <p>19/02/1988</p> <p>20/02/1988</p> <p>21/02/1988</p> <p>22/02/1988</p> <p>23/02/1988</p> <p>24/02/1988</p> <p>25/02/1988</p> <p>26/02/1988</p> <p>27/02/1988</p> <p>28/02/1988</p> <p>29/02/1988</p> <p>30/02/1988</p> <p>31/02/1988</p>

19
35
18

PA-150x90

Paciente consciente
orientado, sem queixas,
no momento, feito os
cuidados gerais, curativos
e segue observações de
enfermagem. *Φ*.

19
35
18

20:00hrs T_e PA
35 150
70

Paciente consciente, orientado,
sem queixas no momento. *Φ*

Diurez 06:00hrs 1000 ml

20/11/18

20/10

Paciente estável sem
queixas no momento

Carls

20/11/18

20/10

Paciente segue estável
sem queixas no momento

Carls



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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Mod. 018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Carlos Antônio da Silva Jr. DN 25/11/1985		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		5.U.S.	32 anos
CIRURGIA		CIRURGIÃO	
Trat. Cirurgico e fixação de ruptura de tendão		Dr. Julio Cesar	
ANESTESIA		ANESTESIA	
Raquie		Dr. Ricardo	
INSTRUMENTADORA		DATA	FIM
		21/11/18	10:00'
INICIO			
8:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo.	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.	
	Diazepam amp.	Compressa Grande	
01	Dimorf. amp. 0,2mg	Compressa Pequena	
	Dolantina amp.	Colonoide	
	Elfrane ml	Dreno	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas	
01	Mercaina 0,5 % ml pu	Equipo de Macrogotas	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm	
	Protóxido l/m	Furacim ml	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml	02
	Thionembul ml	Intracath Adulto	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23	
01	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0	04
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	
	Fliebecortid amp.	Luvas 8.0	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m 2l/min	01
	Glucon de Calcio amp.	Polifix	
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml	
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	02
01	Lasix amp. nauseobron	Saco coletor	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml	04
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	
	Proiamina	Seringa desc. 05 ml	01
	Revivan amp.	Sonda	
	Suptanon amp.	Sonda folley	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	
01	Atropina	Sonda Uretral n°	
02	Ureterina	Sterydrem ml	
		Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	
03	Aguilha desc. 25 x 7	Geicon 18	
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese	
01	Aguilha desc. 3x4.5		
01	Aguilha p/ raque n° 26x27		
05	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
05	Ataduras de Crepon		
03	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		
		FIOS	
		Catgut cromado Sertix	
		Catgut cromado Sertix	
		Catgut cromado Sertix	
		Catgut Simples	
		Catgut Simples Sertix	
		Catgut Simples Sertix	
		Catgut Simples Sertix	
		Cera p/ osso	
		Ethibond	
		Ethibond	
		Ethibond	
		Fio de Algodão Sertix	
		Fio de Algodão Sertix	
		Fio de Algodão Sutupak	
		Fio de Algodão Sutupak	
		Fila cardiaca	
		Mononylon 2-0	
		Mononylon	
		Prolene Sertix	
		Prolene Sertix	
		Prolene Sertix	
		Prolene Sertix	
		Vicryl Sertix 3-0	
		Vicryl Sertix	
		Vicryl Sertix	
		ethibond n° 05 c/ 50 ml	
		SOROS	
		SG Normotermico fr 500 ml	
		SG Gelado fr 500 ml	
		SG Hipertermico fr 500 ml	
		SG Ringr fr 500 ml	
		SG fr 500 ml	
		ORTESE E PRÓTESE	
		EQUIPAMENTOS	
		X Oximetro de Pulso	
		() Foco Auxiliar	
		() Serra	
		() Eletrocautério	
		() Destilador	
		() Oxigênio	
		X Foco Frontal	
		X Cardiomonitor	
		() Fonte de Luz	
		X Perfurador Elétrico	
		CIRCULANTE RESPONSÁVEL	

Adriana F. P. Medeiros
Téc. de Enfermagem
COREN - PB 432.17

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Russina de S. João Batista, D

Paciente	Carlos Andrés
----------	---------------

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/11/18	<p>1) Dorso leve q.s. RPA</p> <p>2) SRL 1000 ml IV 24h</p> <p>3) Clonazepam 1g + 50 ml SFQ22 IV de 12/12h</p> <p>4) D+20mg 1g + AD IV B1128, dige de 6/6h</p> <p>5) TILGIL 20mg + AD IV B1128</p> <p>6) SSVV + C160</p> <p>Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PS 2557</p>	<p>18 24</p> <p>18 08</p> <p>18 24 08</p> <p>18 24</p>	<p>PDI com dorso leve</p> <p>CM VPM</p> <p>Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PS 2557</p>
22/11/18	<p>Prescrição médica com melhora da mobilidade no alto da coxa direita, mas, mesmo 22/11/18 corrigiu a ruptura da bolsa patelar D</p> <p>Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PS 2557</p>		<p>Extensão, com redução da dor</p> <p>(D) Ulta Hospital</p> <p>Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PS 2557</p>

21-11-18 10:00h PA 120x80 Paciente em
pos operatorio Membro inferior direito.

20h PA 110x70

Med
Med

NOME:	[Handwritten Name]										PRONTUÁRIO:	36
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										

DADOS CLÍNICOS:


[Handwritten Signature]

MATERIAL A EXAMINAR:

[Handwritten: 2x]

EXAMES SOLICITADOS:

1. Tórax - AP | 3. Joelho (D) - AP e Perfil
2. Bacia - AP

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Gabriel R. R. Cardozo Cirurgião Geral CRM-PB 7983 40557
DATA: 16/11/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Carlos Antônio	PRONTUÁRIO:	553				
IDADE:	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA: Neurocirurgia	ENF.: 9	LEITO: 2

DADOS CLÍNICOS:

PÓS-OP

RAIO X

REALIZADO EM:

21/11/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx joelho D, AP e B-l

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 21.11.18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

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

Sr(a): CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR Protocolo: 0000436605 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-11-2018 16:53 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 32 anos Destino: Leito - 08

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:52]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38,7 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	88 fL	82,0 a 92,0 fL
C.M.....	29 pg	27,0 a 31,0 pg
H.C.M.....	33 g/dL	32,3 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	174
Segmentados.....	82,0	7.134
Eosinófilos.....	1,0	87
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	12,0	1.044
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	261
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	202.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geider Farias Cavalcanti
Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 16/11/2018 16:19 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0D5F-4761-7AAF-AF93-3B39-B2E9-67BC-1B2A



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR	Protocolo:	0000436605	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	16-11-2018 16:53	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	32 anos	Destino:	Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO 2' 00''

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:53]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 7' 45'' min

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:53]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 16/11/2018 16:19 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4E3F-69E6-99DA-09DF-980E-588F-6D8E-C18B



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: N-

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Carlos Antonio da Silva Junior* Registro: Leito: *9-2* Setor Atual: *Neuro*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCÊPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio da Silva Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: EARLOS ANTONIO DE SILVA JR Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: NEURO

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

ORTO FÉDIA

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?			Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:			Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:			Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há 4 dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica			Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas			Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:			Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito:	Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local:	Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Paciente consciente e orientado, SSV estáveis; sem febre; EGE; estável; segue aos cuidados da equipe de enfermagem.			
			Renata Alves 328.630
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:			
		DATA: 29/11/23	HORA: _____ h

Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Antônio de Silva Junior		
End:	Rua Amílcar Ribeiro	Bairro:	Barro Branco
Data de Nascimento:	25.11.85	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	16.11.18
		Hora:	13:45
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

De mob

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 1

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

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

tercia Hany
COREN-PB 4487

Assinatura e carimbo do profissional

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
15/01/2019
SS. *br*

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

☐ Centro cirúrgico _____ ☐ Alta hospitalar / ☐ Já revolta
☐ Internação (Setor) _____ ☐ Decisão Médica
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ ☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



INTERMUNUT LTDA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
894467146

NOME
CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2905523 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
054.806.564-06 25/11/1985

FILIAÇÃO
CARLOS ANTONIO DA
SILVA
MARIA DO SOCORRO
NAZARENO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATIA
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04662117863 10/06/2019 04/06/2009

OBSERVAÇÕES

Carlos A. da Silva Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
CAMPINA GRANDE, PB 12/06/2014

Rodolfo Carneiro

ASSINATURA DO EMISSOR

10368684838
PB028730259

DETRAN - PB (PARAUBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
894467146

ARIVLE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234



Antonio Jackson Ferreira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.051.616 -2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE 14/08/2013

NOME ANTONIO JACKSON FERREIRA

FILIAÇÃO JOSÉ FERREIRA DE SOUSA
TEREZINHA FERREIRA LEITE

NATURALIDADE BONITO DE SANTA FÉ-PB DATA DE NASCIMENTO 14/02/1966

DOC. ORIGEM CASAM N.023730 FLS.236 LIV.B/46
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF 498.824.654-04

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ARIVLE CORRETORA.

02 ABR. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082652619
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PRT 20180100104441-3 EXERCÍCIO
1 0105652687-1 00/00000000 2018

NOME
CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF/CNPJ
05480656406

PLACA
QF12927/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2HB0210FR469767

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP100

ANO FAB
2015

ANO VED
2015

CAP/POT/CIL
2 E/97 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC./COTAS
1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS
0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 01/10/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CAMPINA GRANDE - PB

DATA
07/11/2018

42603

16101

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082652619 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 07/11/2018

VIA CPF / CNPJ
1 05480656406

PLACA
QF12927/PB

01056526871 HONDA/POP100

ANO FAB
2015

CAT. TRF
9

Nº CHASSI
9C2HB0210FR469767

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DEMATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
P A G O

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
01/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

16101-1214092-20181107

AGO-2018

ARIVLE CORRETORA

02 ABR. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251114 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251114 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: F

Resultados terapêuticos: T

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR brasileiro(a),
estado civil CASADO, inscrito no CPF de n°. 054/806/564/06, e
no RG de n° 2905523, residente e Domiciliado a
Rua: ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, n° 190, Bairro
SERROTAO, na cidade de C. GRANDE /estado
PARAIBA, CEP 58434086.

OUTORGADO: ANTONIO JACKSON FERREIRA brasileiro(a),
estado civil CASADO, inscrito no CPF de n° 498/824/654/04, e
no RG de n° 1.051616, SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: MADILVIA MENDES BRAGA, n° 112, Bairro
DINAMERICA II, na cidade de C. GRANDE /estado
PARAIBA, CEP 58432-053.

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 DPVAT cobertura por: INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR ocorrido em 16/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 21 de Março de 2019

x Carlos A. da Silva Junior

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

ARIVLE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL: (83) 3321-5930



Ana Karoliny de Lima Santos
Escrevente Autorizada