

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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:

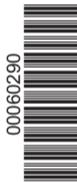
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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:	Nome completo da vítima:		
	054.806.564-06	CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	054.806.564-06	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Serralício	ONILDO RIBEIRO DIAS	190	CASA	
Bairro:	Cidade:	Estado:	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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

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

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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CAMPINHA GRANDE-PB 28/03/19

Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 054.806.564-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Júnior Ferreira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

ARIVLE CORRETORA
Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

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.





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
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: 2ª Rua Após o Mercadinho Brasileiro
	Telefone: (83) 98874-5168
	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





TESTEMUNHA

Nome: Joalison de Sousa Figueiredo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joana Darc de Sousa Figueireo e Valdeci 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 Rue 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 Júnior
CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **3371** CONTA: **58.957**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 JUNIOR**
 CPF: **054.806.564-06**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Antônio Júnior

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

ARIVLE CORRETORA
 Assinatura

2º | Nome: **02 ABR. 2019**
 CPF: _____

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 SELI 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.

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:	Nome completo da vítima:	
	054.806.564-06	CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR	
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 JUNIOR		CPF: 054.806.564-06	
Profissão: ONILDO RIBEIRO DIAS	Endereço: ONILDO RIBEIRO DIAS	Número: 190	Complemento: CASA
Bairro: SERROTÃO	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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 28/03/19**
 Nome: **CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR**
 CPF: **054.806.564-06**

Carlos A. da Silva Júnior
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

ARIVLE CORRETORA
 Assinatura

2º | Nome: **02 ABR. 2019**
 CPF: **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


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Básico
018.043.515.0051.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
V103.390678	16/02/2011	EXTERNO	LIGADO	LIGADO	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M³) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA 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
DEZ/2018	5		CLORO	178	178
NOV/2018	5		COL. TERMOT.	0	0
OUT/2018	4		COR	55	167
SET/2018	4		COL. TOTAIS	178	178
MÉDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: JAN/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 12/03/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 07:54:41	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	
ÁGUA	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M ³	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M ³	30,33
ACRESCIMO(S) MÊS(E) 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 E CONFINS, IFT 12,761/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
21/03/2019	R\$ 74,26

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO
	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***	
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09	

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

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11885335	MAR/2019	21/03/2019	R\$ 74,26

826700000000 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO JACKSON FERreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 499882465404, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 059806564061, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.808564106, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

ARIVLE CORRETORA
02 ABR. 2019
TEL: (83) 3321-5990

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>R. M.º OLÍVIA MENDES BRAGA</u>		Número <u>U2</u>	Complemento <u>CMSA</u>
Bairro <u>DINAMÉICA</u>	Cidade <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58.430-051</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 88361107</u>	

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

Antonio Jackson Ferreira
Assinatura do Declarante

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

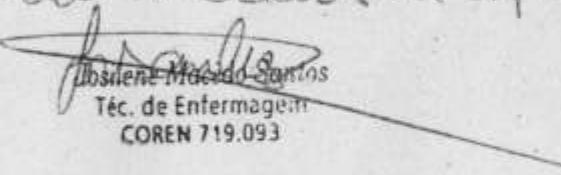
1000

9.2 8

Paciente	Carvalho Antônio, m Silv J. 32 av.	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
10/11	1. DUTA LÍQUIDE 2. GRL 1500ML EV 24H + 500ML 1850L 3. DIPRIVONA 25 EV 8/5H 4. TIVATIL 20 mg + AD - EV 12/12h 5. TRAMAL 100MG + 100ML 5% EV 8/8H SE DOR 6. NAUSEDROM 1 FA + AD EV 8/8H 5N 7. CLEXANE 40 UI-SC 1a/DIA 8. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM 9. SEN + COAG 11. Tala jolhão MSN. 12. Tizanidina 100 + 150 mg EV 8/8h.	2 ^o 3 ^o 4 ^o 5 ^o 6 ^o 7 ^o 8 ^o 9 ^o 10 ^o 11 ^o 12 ^o		ORTOPEDIA <u>Admissão</u> Paciente vítima de quebra de fruto de tiverneira em galho (1) hir + dor. Porém alterado a "antibiotica" AC. não realizada cirurgia que hir + o paciente offe. AC + inapropriada de deixar MSN Internado para auxiliar.
				Dr. Júnior pt cirurgia → solicita pr. 27. Tala jolhão MSN.
				Dr. Yury Peixoto ORTOPEDIA Cirurgia 12h

Paciente Admitido As 19 hs
Mto da ala amarela. Consciente
Orientado sem queixas no momento
Seguindo cuidado da equipe enfermagem

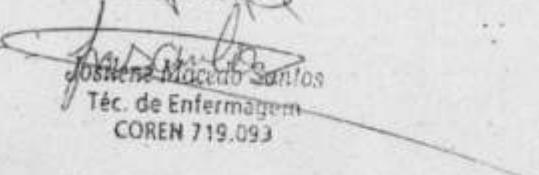
16
17
18


Josilene Maccato Santos
Téc. de Enfermagem
COREN 719.093

19 20. hs PA 170x90

19
20

Paciente sem queixas
no momento segue
at cuidado da equipe
de enfermagem


Josilene Maccato Santos
Téc. de Enfermagem
COREN 719.093

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PSE OP:

Paciente: Celso Amâncio | Alojamento: 9 | Leito: 2 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/11	1. DIETA LIVRE	19:30/08	OROTERAPIA
	2. SRL 1500ML EV 24H	19/11/2008	
	4. DIPRIVONA 1G EV 8/16H	18/11/2008	DECO. 500ML 100ML 100ML
	5. TILATEL 20 mg + AD - EV 12/12H	18/11/2008	
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF EV IV/IRH SE DOR		
	7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/16H SN		
	8. CLEXANE 40 UI-SC 1x/DIA		
	9. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	10/11/2008	CD - VFN
	10. SSMV + CC6G		

13/11, evolução da lesão em gônio
paciente consciente, se livrando de gases
no momento, medicado conforme protocolo
med. 1500ml srl, 07:30h, 100ml de srl

13/11 PAC 550X30; 20:23h
Méd. 1500ml srl, 07:30h
Méd. 100ml de srl
100ml de srl
100ml de srl



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: _____

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

RUPTURA TENDAO PATELAR

Paciente	Alojamento	9 - 2	Leito	Convênio
9.2 - CARLOS ANTONIO				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
8/11	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 NAUSEDRON 8mg/ml IFA + 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 SSSVV + CCGG	12/18 20/00 12/18 20/00 12/18 20/00 12/18 20/00 12/18 20/00 12/18 20/00 12/18 20/00 12/18 20/00	BEG estável sem intercorrências. # CD: VPM	
			Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRMPE 00051 / CRMRN 6320	
			Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRMPE 00051 / CRMRN 6320	

Dr. Julio Cesar Espinoza
Otopediatra
CRM/PR 55101/2010

Dr. Julio Cesar Castro
G100240283 - Traumatologia
RMPE-50051-CAMPN-6320

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Alcôve Leito Convênio

De Chancery witness to this
WITNESS - TALAWAH
MUSICO - CRU 225

Dr. CRISTIÁN MIGUEL DE STA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
MÉDICO - CRM 3333

Emilia
abito
completo
lungo

PA-150x90

11
55
18

Paciente consciente
orientado, sem queixas,
no momento, feito os
exames gerais, evolutivos
e segue orientações da
enfermagem. σ .

19
33
18

20:00hs T_e PR
35 150
70

Paciente consciente, orientado,
sem queixa no momento. σ

Dimay 06:00hs 1000mc

DIAGNÓSTICO

rupture de la cloison postérieure

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

20/11/18

J20180

Paciente estendeu os
queixas no momento
cará

20/11/18

J20180

Paciente queixou stand
sem queixas no momento
cará

DIAGNOSTICO
Ruptura de tendão pds.
lar D

Paciente	Carla Lúcia	Alojamento:	9	Leito	2	Convênio	10011
Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica	
21/4/18	1.Dieta <u>lata 12</u> com a partir das 00:00h 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4.Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5.Omeprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/Bh SN 7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/Bh SN 8.Clexane 40mg SC/dia (<u>durante</u>) 9.55VV + CCGG					E GB. <u>sem complicações</u> estabil CD VPM	
						<u>AT</u> em ferias PI 21/01/18/19	
						<u>G</u> Dr. Christiano Rodrigues de Mello CRM-PE/001 11-0000-0000	
						<u>G</u> Dr. Christiano Rodrigues de Mello CRM-PE/001 11-0000-0000	

Nome do Paciente <i>Caio Antônio de Souza Júnior</i>		Nº Prontuário <i>1775305</i>
Data da Operação <i>21.11.18</i>		Enf. <i>Neurocirurgia</i>
Operador <i>Dr. Bruno Brilhante</i>		Leito <i>9.0</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	1º Auxiliar <i>Dr. Júlio César</i>
Instrumentador		
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ruptura de tendão patelar direito</i>		
Tipo de Operação <i>Tomografia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Posicione em DDH na lateral
- ② Anéurise + artériase + campo estéril
- ③ Incisão na face anterior do joelho direito + denegação para glauco + hemostasia
- ④ Tomografia (1 m. distânci m. OS)
- ⑤ Torno EO + sutura + curativo

*Dr. Estevam Fabricio A. Cruz
DR ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGO
CMM-PB 95017*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

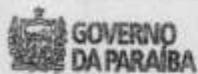
Ruphus de Sclavis protuberans

acidente | Colisão automóvel | Alojamento | 0 | Leito | 0 | Convênio |

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

20h PA 150x70

Med
Med

GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Leandro Henrique</i>						PRONTUÁRIO:	136
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:

*R**REQUISIÇÃO DE EXAMES*
REQUISITADA

MATERIAL A EXAMINAR:

2-X

EXAMES SOLICITADOS:

1. Tórax - AP

2. Bexiga - AP

3. Fígado D - AP e Rb / f

URGÊNCIA: ROTINA:

DATA:

16/07/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

*CD*Gabriel R. R. Cardozo
Cirurgião Geral
CRM-PB 7983

Carimbo e Assinatura do Médico



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

DADOS CLÍNICOS:

PÓS-OP

RAIO X
REALIZADO EM.

21/11/178

EXAMES SOLICITADOS:

Rx joelho d, AP + P-1-l

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 21.11.18	HORA DA SOLICITAÇÃO: <input type="text"/>

Dr. Edler Fabrício A. Cruz

99 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



ont 8.

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: **ÁREA 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)	
Neutrofílicos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	174	
Segmentados.....	82,0	7.134	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	87	0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos.....			
Tipicos.....	12,0	1.044	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	3,0	261	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	202.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³	

OBSEVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

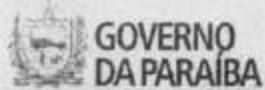
Geider Farias Cavalcanti
 Biomédico
 CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0D8F-4761-7AAF-AF93-3B39-B2E9-67BC-1B2A

Laboratório
Newlab



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR Protocolo: 0000436605 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-11-2018 16:53 Origem: ÁREA 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] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7' 45'' min

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:53] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos

Método: Lee-White

Gélder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlo 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

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

() Eupnêia () Taquipnêia () Bradipnêia () 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

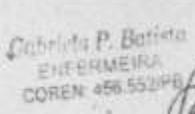
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>MSC</i> Data da punção <i>16/11/18</i>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros;	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida (<input checked="" type="checkbox"/>) Constipado há <i>3</i> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto:	() Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (<input checked="" type="checkbox"/>) 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 REPOSO	
<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: <input checked="" type="checkbox"/> Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Paciente se queixa, segue as orientações da equipe de enfermagem -</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 DATA: <i>16/11/18</i> HORA: <i>9:20</i> h	



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio da Silveira Júnior | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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 nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: (X) Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (X) Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. 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: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto:	() Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () 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: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) 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 encontra consciente orientado, afável bem disposto no momento.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Jequeline Alves de Souza</i> Jequeline Alves de Souza ENFERMEIRA COREN 381849	
DATA: 20/11/18 HORA: 8:36 h	



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio da Silveira | Registro: | Leito: Q-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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () 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 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: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. 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: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações: <i>Não está conseguindo urinar</i>	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () 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	
<i>Paciente relata dor ao urinar, pós cirurgia.</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: ____/____/____ HORA: ____ h	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ENÉS ANTONIO S. SILVA. JR | Registro: | Leito: 9-2 | Setor Atual: NEURO

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36°C; P: 80 bpm; FR: 16 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%
 HGT: 170 cm; Peso: 75 Kg; Altura: 170 cm; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

CRETO PEGIA.

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

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: Diminuidos 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 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 () Hipocoçada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()		
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. 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: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrografia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____	Data: ____/____/____		
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____			
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Liquida () Constipado há 4 dias () Outros: _____			
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: () Outros: _____	Observações: _____		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: _____			
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado		
Condições das mucosas: () 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 () Parcialmente dependente. Observações: _____			
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória		
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: () Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedadade () Ausência de familiares/visita () Outros		
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: _____	() Praticante () Não praticante. Observações: _____		
INTERCORRÊNCIAS			
<p><i>Encontra consciente e orientado; sem entorpecentes; sem quinta; EGE; instável; segue aos cuidados da equipe de enfermagem</i></p> <p><i>Renata Queiroz 328-650</i></p>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	DATA: <u>19/11/13</u>	HORA: _____ h	



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Arônio de Souza Júnior		
End:	Fazenda Ribeiro	Bairro:	Cordeirópolis
Data de Nascimento:	25/11/85	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	16/11/08 Hora: 15:48 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

DC mob

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida		
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca

Estratificação

MOD. 1

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Adria Hany
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

- Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revista
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.051.616 -2 VIA EXPEDIÇÃO 14/08/2013
NOME ANTONIO JACKSON FERREIRA

PALEAÇÃO 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
ANO PESSOA - 75

Ass. P. Assessoria de Identificação
ASS. NATURAL DO DIRETOR, 2016-02-01

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 014082652619
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PDT - 20180100104441-3 EXERCÍCIO
VIA COD. PRAVAN 1 0105652687-1 00/00000000 2018

CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF/CNPJ 05480656406 PLACA QF12927/PB
PLACA ANT/UF NOVO PB N° CHASSI 9C2HB0210FR469767

ESPECIE DO VÉS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP100 ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 2 0/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPEVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º
FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO/COTAS 2º
***** 0 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 01/10/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CAMPINA GRANDE-PR DATA 07/11/2016
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 N° 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 2018 DATA EMISSÃO 07/11/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 05480656406 PLACA QF12927/PB
01056526871 HONDA/POP100

ANO FAB 2015 CAT. TIP 9 N° CHASSI 9C2HB0210FR469767

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO DESLIGADO (R\$) *****
***** SEGURO PAGO
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DEQUITAÇÃO 01/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.668/0001-04
16101-1214092-20181107

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

ABR-2018

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

Valorização 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 nº 05418061564106, e
no RG de nº 2905523, residente e Domiciliado a
Rua: ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, nº 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 nº 49818241654104, e
no RG de nº 1.051616, SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: MARLIVIA MENDES BRAGA, nº 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

Carlos A. da Silva Junior
Outorgante

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

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

