
Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOANITA NEVES ARAUJO

Nº Sinistro: 3180434604

Vitima: JOANITA NEVES ARAUJO

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434604**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOANITA NEVES ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180434604**

Vitima: **JOANITA NEVES ARAUJO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

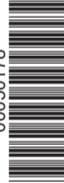
Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180434604**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

047.403.624-30

Nome completo da vítima

Jeanita Neves Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jeanita Neves Araujo	CPF titular da conta	047.403.624-30	Profissão	agricultora
Endereço	Rua Santos Dumont	Número	43	Complemento	
Bairro	Maria Faustino	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58.178-000	Telefone (DDD)	183199912-5493

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

0657

D/V

2

CONTA

NRO.

16996

D/V

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

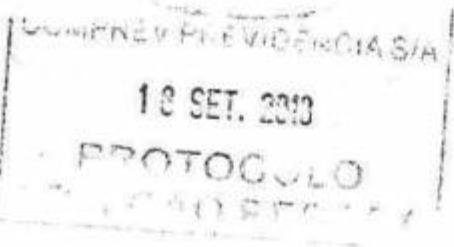
Picuí-PB, 25 de julho de 2018

Local e Data

Jeanita Neves Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 021/2018

Aos **17 de abril de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **FERNANDO ANTONIO ZOCCOLA FERREIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE A AZEVEDO**, ao final assinado, ai, por volta das **15:01** horas, compareceu **JOANITA NEVES DE ARAÚJO**, conhecido(a) por **NITINHA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **43 anos de idade**, nascido(a) aos **23/06/1975** em **ARARUNA – PB**, filho(a) de **MARIA DAS NEVES ARAÚJO** e **PAI NÃO CONSTA**, portador(a) de Cédula de Identidade N° **2.411.050 2º VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de N° **047.403.624-30**, residindo no seguinte endereço **RUA SANTOS DUMONT 43**, bairro **MARIA FAUSTINO**, cidade de **NOVA FLORESTA – PB**, telefone: () , celular: **(83) 9.9613-9028**, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:

QUE, no dia 20/05/2018, por volta das 17:00 horas, a noticiante trafegava na MOTOCICLETA HONDA/POP 110 TITAN, ANO/MODELO 2016/2016 PLACA QFX8756/PB, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JB0100GR208478, CÓDIGO RENAVAM 0112050004-1, LICENCIADA EM NOME DE DARLENE PEREIRA GABRIEL, no centro da cidade de Cuité/PB, próximo a Igreja Matriz, quando foi surpreendida por um cão que atravessava a avenida, a noticiante tentou desviar do animal, mas foi tudo ocorreu tão repentino que não deu tempo e a mesma acabou perdendo o controle da motocicleta e vindo a cair no asfalto; QUE, foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que realizou os primeiros socorros, e foi levado para Hospital da cidade de Cuité/PB, mas devido as gravidades das lesões foi encaminhada para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a procedimento cirúrgico na face; QUE, segundo laudo médico apresentado pela noticiante, a mesma sofreu várias lesões na face como afundamento em hemiface e limitação de abertura facial; QUE, passou nove dias internada no Trauma de Campina Grande; QUE, ficou impossibilitada de exercer suas funções profissionais por mais de trinta dias em decorrência do acidente que sofrera. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

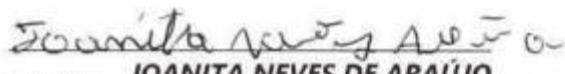
1 – Nome: LUCIENE LINS DA COSTA, R.G. n.º 2623899 SSP/PB, C.P.F. n.º 053.951.644-99.

Endereço: RUA SANTOS DUMONT S/N - CENTRO - NOVA FLORESTA/PB.

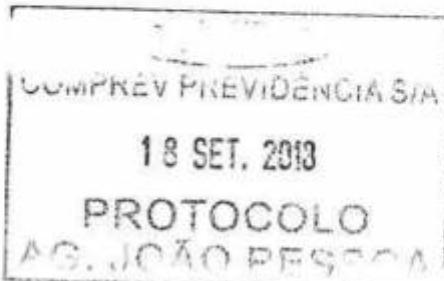
2 – Nome: JOSEILTON DA SILVA SANTOS, R.G. n.º 2502353 SSP/PB, C.P.F. n.º 057.154.724-90.

Endereço: RUA SANTOS DUMONT 29 MARIA FAUSTINO - NOVA FLORESTA/PB.

Nova Floresta/PB, 18 de julho de 2018.


JOANITA NEVES DE ARAÚJO

Noticiante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOANITA NEVES ALBUQUERQUE

CPF da Vítima

047 403 624-30

Data do Acidente

20/05/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Picuí-PB, 13 de Setembro de 2018

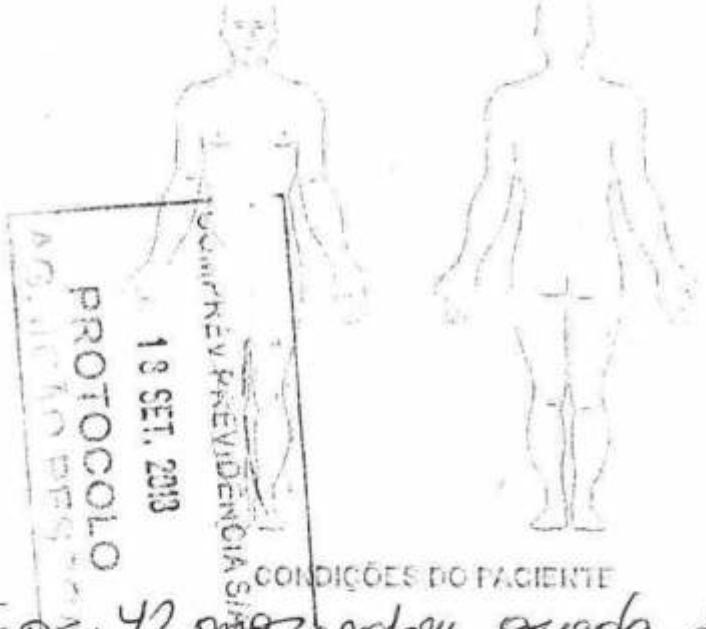
Local e Data

Joanita Neves Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO	13 SET. 2018
	AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO

13 SET. 2013

CONDICÕES DO PACIENTE

Vitro, 42 anos, rapaz queixa queda de fato
apresentando ligeira hirsúcia em superfi-
cie díeger e estriadas MSE. Consciente,
orientado, alcoolizado, sem sintomas
de febre. Foi resgatado e encaminha-
do para o hospital local. Os SSIV
preservados e seu alterações.

GLASGOW		ENFERMETRO 7	
ESCORE DE 5 ANOS		ESCORE EN 100/145 UN.	
	ESCALA		ENFERMETRO 7
Consciencia	4	10-20	4
Responda a Estímulos	3	25-35	3
Responde a Estímulos Dolorosos	2	35-45	2
Responde a Olfato	1	45-65	1
Respiración	5	0	5
Orcio Inhibido	4	>65	4
Conciencia de dolor	3	70-80	3
Ansiedad de dolor	2	80-85	2
Ansiedad	1	85-95	1
Movimientos Espontáneos	6	0	6
Respiración Total	5	14 a 15	5
Dolor e Dolor	4	11 a 13	4
Sueño Normal	3	8 a 10	3
Sueño Anormal	2	5 a 7	2
Confusión	1	3 a 4	1

AVALIAÇÃO DO CONTATO COM O PACIENTE E DISTRIBUIÇÃO (Preenchimento)	ESTADO DE CONEXÃO/ENUNCIATIVO	RESPOSTA
	<input checked="" type="checkbox"/> Considerável <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Outro _____	<input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Inigualar <input type="checkbox"/> Não Responde <input type="checkbox"/> Não Entra
	TRÂNSITO DE FATO	
<input type="checkbox"/> 0-1 Desconhecido / 10 min. <input type="checkbox"/> 1-2 Conhecido / 10 min. <input type="checkbox"/> 3-5 Conhecido / 10 min. <input type="checkbox"/> Nós Sóis <input type="checkbox"/> Borte Pôchi <input type="checkbox"/> Encarceramento <input type="checkbox"/> Nascimento	<input type="checkbox"/> Ainda <input type="checkbox"/> Ainda <input checked="" type="checkbox"/> Ainda <input type="checkbox"/> Ainda <input type="checkbox"/> Outro	
GRAVIDADE PRESTADA		<input checked="" type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> SEVERA
TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	<input checked="" type="checkbox"/> USA
HORÁRIOS	<i>16:45 / 17</i>	
EDUNPE	<i>16:45 / 17</i>	
AFORD SOLICITADO	<input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS	
MOTIVO	<input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Não se Encontra no Local	

ACIDENTE DE TRABALHO		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	EFEITO				
<input type="checkbox"/> Acidente com Automóvel <input type="checkbox"/> Desabamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> "Air Bag" <input type="checkbox"/> Personagem <input type="checkbox"/> Banco Dianteiro <input type="checkbox"/> Entre Trânsito		<input type="checkbox"/> Uso do Cinto <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Imediato <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto <input type="checkbox"/> Con. Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Sem Capacete <input type="checkbox"/> Outro _____		<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Fer. F/ Arma Branca <input type="checkbox"/> Fer. F/ Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Outro _____				
				<input type="checkbox"/> Vítima Projeto <input type="checkbox"/> Encarceramento <input type="checkbox"/> Abigmento <input type="checkbox"/> Outro _____				
				<input type="checkbox"/> Queimadura Aguda <input type="checkbox"/> Fog. <input type="checkbox"/> Outro _____				
ANAMSE INICIAL								
SINTOMA PRESENTE		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO				
<input type="checkbox"/> Displasia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Freq. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstúculo <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro <i>ou</i> <i>apresente</i>		<input type="checkbox"/> M. V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M. V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Bradíardio <input type="checkbox"/> Taquicárdia <input type="checkbox"/> Aritmico <input type="checkbox"/> Peristole Peritérmica 2 <input type="checkbox"/> Ausente				
				<input type="checkbox"/> AVD N <input type="checkbox"/> Moço <input type="checkbox"/> Menina <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Obscuras <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Panóptica <input type="checkbox"/> Faringite				
SINAIS VITAIS E ESCORES								
HORA	P.I. minuto	F.C. mmHg	F.R. min	S.E. %	T. Arter. °C	Q.S.:	Exame Gastro.	A.P.S.A.P.
150x110 90	18			96	35,2	84		
ANALISE SECUNDÁRIA								
PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOMEN			
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Exsudado <input type="checkbox"/> Hemicrício <input type="checkbox"/> Erva <input type="checkbox"/> Ómnia <input type="checkbox"/> Seta <input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematomia <input type="checkbox"/> Abertura <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriação <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento Cutâneo	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematomia <input type="checkbox"/> Detor de Traqueia <input type="checkbox"/> Entorpe Sufocante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematomia <input type="checkbox"/> Detor de Traqueia <input type="checkbox"/> Entorpe Sufocante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematomia <input type="checkbox"/> Reta- Paralisa <input type="checkbox"/> Enterite <input type="checkbox"/> Taponamento <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Exsudado			
PULMÃO	COLUNA VORTEAL		MUSCULOS					
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Incubilidade	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____		<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <i>MSE</i> _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxação _____					
ANALISE CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA				
<input type="checkbox"/> Ritmo Sintético <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Flutter <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibração Ártica <input type="checkbox"/> Fibrilação Ventricular <input type="checkbox"/> Asistolia		<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> Peritoníticas <input type="checkbox"/> Motivação <input type="checkbox"/> Cardiológicas <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Infectivo <input type="checkbox"/> Oftalmológicas <input type="checkbox"/> Pediatrinas <input type="checkbox"/> Outra _____		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> H.A.S. <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Medicamentos em uso _____				
GRAVIDADE	<input checked="" type="checkbox"/> ILESO		<input type="checkbox"/> FEQUENA		<input type="checkbox"/> MÉDIA			

PRINCIPAIS SINTOMAS RELATADOS		PRINCIPAIS SINTOMAS RELATADOS	
<input type="checkbox"/> Ol. goniano <input type="checkbox"/> Ausência de Vias Respiratórias <input type="checkbox"/> Clavicula Fracturada / Osteomielite <input type="checkbox"/> Fractura Traqueobronquial <input type="checkbox"/> Voz Ofal <input type="checkbox"/> Voz Alterada <input type="checkbox"/> Cricofaringite <input type="checkbox"/> Função Ventrilar <input type="checkbox"/> Derrame Pleural		<input type="checkbox"/> Ol. goniano <input type="checkbox"/> Ausência de Vias Respiratórias <input type="checkbox"/> Clavicula Fracturada / Osteomielite <input type="checkbox"/> Fractura Traqueobronquial <input type="checkbox"/> Voz Ofal <input type="checkbox"/> Voz Alterada <input type="checkbox"/> Cricofaringite <input type="checkbox"/> Função Ventrilar <input type="checkbox"/> Derrame Pleural	
REPOSIÇÃO VITAL		VOLUME	
<input type="checkbox"/> REPOSIÇÃO VITAL 500		REPOSIÇÃO VITAL	
SOL FISIOLÓGICO 60%		SOL OLIGOCÁCIDO 0,5%	
OUTRO			
TIPO DE PACIENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> HOSP. MUNICIPAL DE CAMPINAS <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> CLIPS <input type="checkbox"/> HOSP. UNIVERSITÁRIO <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> ISEA			
DETALHO DO PACIENTE		ASSISTÊNCIA E CUIDADO	
Nome do Receptor _____		Assinatura do Receptor _____	
Função do Receptor _____		Assinatura do Receptor _____	
PERFIL DO PACIENTE		PREVIDÊNCIA	
Nome do Receptor _____		Assinatura do Receptor _____	
Função do Receptor _____		Assinatura do Receptor _____	
Assinatura do Receptor _____		Assinatura do paciente _____	
TIPO DE INCUSA		Declara para todos os fins pelo SAMU /Campinas Gravida _____	
		Assinatura do paciente responsável _____	
JURAMENTO			

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cota de energia elétrica ... Nº 011.254.350



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOANITA NEVES ARAUJO
RUA SANTOS DUMONT 43
NOVA FLORESTA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/351534-3

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

21/08/2018

CONSUMO

47

VENCIMENTO

29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 15,30

Acesse: www.energisa.com.br



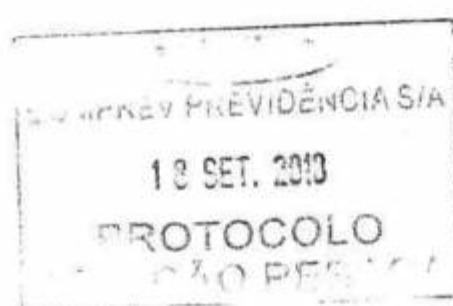
DETALHE AQUI

JOANITA NEVES ARAUJO

Roteiro: 11-106-335-1940

83690000000-8 15300054000-2 03515342018-3 08600106019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/08/2018	R\$ 15,30	351534-2018-08-0



**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 544817XXXXXX2229
 Atendimento a Clientes: 40049001
 Demais Localidades: 0800 9409001

Vencimento da Fatura

14/06/2018

Total da fatura**R\$ 679,66****Pagamento Mínimo****R\$ 679,66**

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 0,00.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 29/06/2018

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito R\$
27/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			Débito
30/05	MULTA DE ATRASO			326,25D
30/05	MORA			6,53D
30/05	JUROS NAO PAGAMENTO MINIMO			3,26D
	Subtotal Nacional			31,32D
				367,36D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXXX2229

Movimentações Nacionais

30/05	ACORDO ADMINISTRATIVO 113/24	293,18D
14/07	ACORDO ADMINISTRATIVO 111/12	18,95D
30/05	IOF BASE DE ROTATIVO	0,08D
30/05	IOF ADICIONAL DE ROTATIVO	0,09D
	Subtotal Nacional	312,30D

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos à Esparir	Total Nacional	9,66D
10%	0	Total Internacio	0,00C

Total da Fatura	9,66D
-----------------	-------



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 NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOANITA NEVES AMARAL inscrito
(a) no CPF sob o Nº 047 403 624 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura JUVAGUIZ da Vítima
JOANITA NEVES AMARAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 403 624 / 30, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço Rua Roldão Zacarias de Macedo		PROTOCOLO 15.09.2018	Número 145	Complemento casa
Bairro JK	Cidade Picui	Estado PB	CEP 58187-000	
Email nilotdantas@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490		

Picui/PB, 17 de Setembro de 2018
Local e Data:

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Darlene Pereira Gabriel,
RG nº 3.840.626, data de expedição 22/03/2010
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 106.495.564-96, com
domicílio na cidade de Cuité, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Genival Júnezes Furtado, nº 561,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Karita Nerys Araujo, cujo o condutor era
o mesma.

Veículo: HONDA

Modelo: 1PDP

Ano: 2016

Placa: QFX 8756/PB

Chassi: 9C2YB0100GR208478

Data do Acidente: 20.05.2018

Local e Data: Cuité - PB, 24 de julho de 2018

Darlene Pereira Gabriel

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SÉRVICO NOT. E REGISTRO CIVIL
Av. Pier Felinto Filho, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

Atestando que, fui informado(a) por autenticidade
de Darlene Pereira Gabriel AHG55829 - M5GV

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Dou fé Testº (Eliana Clementino Pereira) da verdade.
Nova Floresta-PB 24/07/2018
Eliana Clementino Pereira
Escrivã Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escrivã Substituta
Nova Floresta Comarca de Cuité - PB

13 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



SUS 5.
trozicks pib SAMÍ sun acompañante
UNIDADE PRESTADORA DE SERVICIOS MÉDICOS

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

NOME HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ - CÓDIGO CNES: 224254-2

ENDEREÇO: RUA 15 DE NOVEMBRO, 160 - CENTRO MUNICÍPIO: CUITÉ ESTADO: PARAÍBA UF: PB
Nº REGISTRO: 6+89+ Nº FICHA: 80 HORA:

PACIENTE
NOME: José Antônio Nivis de Souza SEXO: E IDADE: 42
PROFISSÃO: Agricultor COR: Preto DOCUMENTO:
MÃE: Maria das Vírgens Souza ESTADO CIVIL: Viúvo
ENDEREÇO: Rua Bento da Nóbrega
MUNICÍPIO: V. Floriano TEL: 996139028 ESTADO: RS UF: RS
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 5308600092670856
DATA DE NASCIMENTO: 23/06/1975 DATA DO ATENDIMENTO: 20/05/2018

- 1-ELETIVO
 - 2- URGÊNCIA
 - 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO
 - 4- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 - 5- OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRABALHO
 - 6- OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS

CAR

MNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Allocation of risk

18 SEP 2013

~~PROTOCOLO~~

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS I

Alcohol.

PROTÓCOLO	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)	
<p><i>Recepção</i></p> <p><i>Mesmo dia Sinalizado Fones</i></p> <p><i>Data: 10/10/2018</i></p> <p><i>RESULTADOS</i></p> <p><i>Recepção</i></p> <p><i>2018</i></p>	

MEDICAÇÃO:	
- PRESCRIÇÃO	[] OBESER
- APPLICADA	[] INTERN

SERVIÇOS REALIZADOS

ASS. DOSSI PROFISSIONAL (ISI)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Jeamilo Neri de Araújo **IDADE:** 24 **DATA:** 26

HONORÉS PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2013
PROTÓCOLO
RECUPERAÇÃO PESSOA



Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ
CNPJ: 11.404.674/0001-78

Eu, Fávarita Alves de Araújo,
nacionalidade Brasileira, estado civil Vivestável.

Inscrito no CPF sob o nº. 1., residente e domiciliado à
Rua Santos Dumont, cidade Caixa de Areia, estado PB,
na qualidade de: paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco:
), declaro que fui devidamente informado pelo Médico
Dr. (a) CRM/

nº. , sobre os riscos decorrentes da interrupção/ abandono de tratamento
médico-hospitalar. Ainda, assim optei, por deixar o Hospital Municipal de Cuité às
19:30 horas do dia 20/05/2018.

Fávarita Alves de Araújo

Assinatura

Rua 15 de Novembro, nº. 160
Bairro: Centro

(83) 3172-2240
Fax: (83) 3172-2240

18 SET. 2018

PROTOCOLO
DESAFEGO PESSOA

CONTRATO DE VIGÊNCIA S/A

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

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

X Joana Ita neve Araujo
 Ass. do paciente ou responsável/quando necessário

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1663889>

2/2

30/05/2018

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1663889 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinga, Campina Grande - PB, CEP: 58432-029 Data: 30/05/2018

Bolema de Emergência (B.E) - Modelito 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: JOANITA NEVES ARAUJO CEP:58178000 Nascimento: 23/06/1975

Endereço: SANTOS DO MÓN

Sexo: F Telefone: 996139028

Cidade: Nova Floresta

Idade: 042

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES ARAUJO

RG:

Nº:43

Responsável:

CPF:

Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atend: 30/05/2018

CNS: 70860002570896

Motivo: RETORNO

Atend: 30/05/2018

CONVÉNIO/SUS

Médico:

Hora: 07:32:32

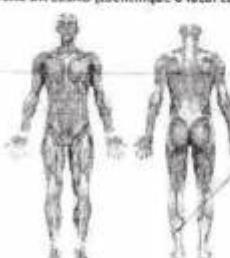
Especialidade:

CRM:

OBS: FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- 1. Abdômen
- 16. Fratura ossos metacárpicos
- 2. Arranhões
- 17. Fratura ossos alentados
- 3. Avulsão
- 18. Hamatoma
- 4. Cossurado
- 19. Ingrupamento venoso
- 5. Crepitação
- 20. Lacerado
- 6. Dor
- 21. Luxação
- 7. Edema
- 22. Mordedor
- 8. Empalamento
- 23. Movimento torácico paroxístico
- 9. Erupção cutânea
- 24. Objecção
- 10. Envenenamento
- 25. Parafase
- 11. Edema
- 26. Parafase
- 12. F. Árvore branca
- 27. Quimiotaxia
- 13. F. Arma de fogo
- 28. Síndrome deliquescem
- 14. F. Contusão
- 29. Síndrome
- 15. F. Corante
- 30. Síndrome
- 16. F. Coro-contusão
- 31. Síndrome
- 17. F. Perfuro-contusão
- 32. Síndrome
- 18. F. Perfuro-contusão
- 33. Síndrome

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Cefaleia e dor apical
fazendo pressão na face e / fantasma
do campo de zigomofrontal*

BHF

ALERGIA: *NENHUM*MEDICAMENTOS: *NENHUM*PATOLOGIAS: *NENHUM*

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocáricas () Anisocáricas ()

Glasgow *15* PA *100* HGT: *Satisfeito*

TOMOGRAFIA

REALIZADA A M:

12:05 AM

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gassometria arterial
- () Tomografia Computadorizada
- () Ultrassonografia
- () Radiografias
- ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *DYF* / _____ hs _____ Dia _____

Especialista: _____ / _____ hs _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº *1* PRESCRIÇÕES E CONDUTAS *2* HORÁRIO REALIZADO1 *1* *1*2 *2* *2*3 *3* *3*4 *4* *4*5 *5* *5*6 *6* *6*

*UNIVERSIDADE FEDERATIVA DA PARAÍBA
18 SET. 2018
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
PROTÓCOLO
AC. JCAÉ PESSOA*



ESTADO DE
PARAÍBA
SECRETARIA DE
SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMA
GONZAGA FERREIRA
LABORATÓRIO DE

GOVERNO
DA PARAÍBA

Sra.: JOANITA NEVES ARAUJO
Dr(a): YVRY DE PAIVA CAMARA
Conselho: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERREIRA

HEMOCRISTALISMO
(DATA DA COLETA: 02/06/2018 11:37)

Resu...

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos
Hemoglobina
Hematocrito
V.C.M.
E.C.M.
C.H.C.M.

SÉRIE BRANCA

Leucócitos

Neutrófilos
Promielócitos
Micelócitos
Metamielócitos
Bastonetes
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos

Linfócitos
Tipicos
Atípicos
Monócitos
CONTAGEM DE PLAQUETAS 37.000.000

OBSERVAÇÕES Contag...

Este laudo foi assinado digitalmente

 Laboratório
Newlab

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

NOME: Jeanilde Neves

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática

SINTOMAS:

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Cefaléia | <input type="checkbox"/> | Tontura |
| <input type="checkbox"/> | Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> | Grande fadiga |
| <input type="checkbox"/> | Palpitações | <input type="checkbox"/> | Má digestão |
| <input type="checkbox"/> | Dor Precordial | <input type="checkbox"/> | Tosse seca |
| <input type="checkbox"/> | Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> | Tipicamente |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Enxaquecimento |

Comentários: _____

2 -ATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hipertensão Arterial Sistêmica | <input checked="" type="checkbox"/> | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes Mellitus | <input checked="" type="checkbox"/> | Insulina |
| <input type="checkbox"/> | Arritmias | <input type="checkbox"/> | Insulina |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Alergia a Medicamentos: | <u>Medicamentos</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Etilismo | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Dislipidemia | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Cirúrgico |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR

FC: 91 b.p.m P.A.: _____

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: Normal

Ex. Laboratorial: Hb: 11,6 g/dL

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Nenhum) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Baixo) |
| <input type="checkbox"/> | Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitoramento) |
| <input type="checkbox"/> | Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico) |

Obs.: _____

UNIVERSITÁRIO
PROTÓCOLO
DE PREVENÇÃO CIRÚRGICA
13 SET. 2003

RES
(REFERÊNCIA)

NOME: *Jeanne Alves de Souza*
NATURALIDADE:
ADMISSÃO: *06/09/08*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese)
Paciente com afecção aguda de origem traumática da articulação humeral
2. Resultado dos principais exames
TC: articulação humeral.
3. Evolução e complicações
N.D.
4. Terapêutica realizada
2. União da articulação
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)
Auxiliar de enfermagem
6. Orientações médicas para pacientes e egresso
*- Exames complementares
- Consulta de ortopedia
- Pediatria
- Fisioterapia*
7. Condições de alta
 Curado A pedido
 Transferido para: _____

Campina Grande, 17 de setembro de 2008

UNIVERSIDADE FEDERATIVA DA PARAÍBA	PROTÓCOLO
18 SET. 2008	

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA: DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimento 2 membros = 1		
Movimento 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Desperado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Aula
SRPA

Assinatura do anestesista

18 SET. 2013

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PROTOCOLO

Folha de Sala - R

Paciente: *Jacinta Paes*
Gabinete: *1004*
Procedimento: *Reduzido do*

Cirurgião: *Dr. Rafael*
Início: *11:00*
Término: *12:00*

Hora	PA	P脉	SAT
12:40	100/70	68	97
13:00	90/50	59	97
13:30	100/80	60	98

Medicamentos/Materiais

O Clambutam 2mg

Observações:

Assinatura Anestesista

NOTA DE SAL

PACIENTE:	Joanita Neres Araújo	
Q:	LEITE	CONVENIO SUS
CIRURGIA:	Ressecção de Areia Ligamentosa	
ANESTESIA:	Sedação	
INSTRUMENTADORA:	DATA	06/16/18
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	
	Aldesalina amp.	Bala S.C.
	Atropina amp.	Cafeína p.v.
	Glazean amp.	Cafeína D.
	Dimetra amp.	Comores
	Dolantina amp.	Comores
	Hemopeptil ml	Colônico
	Fenepam amp.	Drenos
	Paracetamol ml	Dreno K.
	Serramil Hypocalm av	Dreno P.
	Ketalar ml	Equipo 2
	Mercina % ml	Equipo 3
	Nutafilm amp.	Equipo 4
	Pavulon amp.	Equipo 5
	Prostagmine 0.05%	Espuma
	Pigmento ml	Farmac
	Quelicin ml	Gase P.
	Rapifen amp.	H2O ml
	Thiobutambut ml	Injetatil
	Tramulum amp.	Injetatil
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina
	Agua Destilada amp.	01
	Decadron amp.	Lâmina
	Dipilexa amp.	Lâmina
	Flaxidol amp.	Lâmina
	Fleopovidol amp.	Lâmina
	Gerimedina amp.	Lâmina
	Glicose amp.	Oxigênio
	Guano de Calco amp.	Pólvora
	Hemofacil ml	PPG D.
	Heparina ml	PPG T.
	Hemoxan amp.	Sabão A.
	Levofacil amp.	Sabão C.
	Methotrizol	Sabão
	Passil amp.	Sabão
	Potamina	Sabão
	Roxivian amp.	Sabão
	Supafacil amp.	Sabão
	Cefaclor Ig	Sabão
		Sterilin
		Tromalin
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline
	Aiguila desc. 25 x 7	Gelcom
	Aiguila desc. 23 x 23	Látex
	Aiguila desc. 3 x 4,5	05 Elet.
	Aiguila p/ reque nº	
	Álcool de Entubagem	
	Álcool iodado ml	
	Algodões de Crepon	
	Algodões de Gossada	
	Aguir mediano amp.	
	Benzino ml	

13 SET. 2018

CONSULTA PNEUMOLOGIA

PROTOCOLO

Nome do Paciente	Jeanine Neiva Aragão
Data da Operação	06/06/2018
Operador	Rafael Gute
2º Auxiliar	José Lúcio
Anestesia	Cristal
Diagnóstico Pré-Operatório	Grau I
Tipo de Operação	Radicalectomia
Diagnóstico Pós-Operatório	Cancro
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	10 horas
Acidente Durante a Operação	Não houve

DESCRICA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras -

- ① Paciente em dor de pele pectoral
- ② Abordagem + apêndice ileocecal
- ③ Infiltrado tumoral
- ④ Redução de fratura com
- ⑤ sutura
- ⑥ Curativo
- ⑦ paciente acordando

RELATÓ

PROTOCOLO

12 SET. 2018

UNIDADE PREVIDÊNCIA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Aut. de temps jusqu'au 11/11

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/08							Presente antigo sem sequelas no momento	

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FAT. DE FATO. PIGMENTADA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

92

Paciente	SOMANTA NEVES Amélia	Alojamento	Laito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
05.08.10	① DIETA RESTAURANTE ② TOLAZOL 20mg ev 12/12HS ③ HIGIENE BUCAL SA/DIA ④ SSV/COCG	90 22 06	EVOLUÇÃO PACIENTE ESTÁ CONSCIENTE, ENROLADA, AFORRIL, CUMPRIDA. REPROVE PELAS HORAS DO ALMOÇO. OB: OBSTÉTRICO PERIBITAL + URGÊNCIA DE ABERTURA DE BECA	
⑤ DIETA ZERO A PARTIR DAS 22:00HS				
<i>Assinatura do Profissional de Saúde</i> Clínica Dom Lúcio - 5194				
OB: AVALIADO E NADA DE MAIS				
<i>Assinatura do Profissional de Saúde</i> Clínica Dom Lúcio - 5194				
UNIVERSIDADE FEDERACAO DA PARAIBA 13 SET. 2010 PROTOCOLO				

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Finst. de Plano Recorrido (6)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

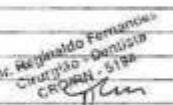
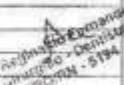
Data	Hora	T	P	R	PA	Diluente	Observações Enfermagem	Assis
03/06/2012	20:00:38				120		Pouco comido	
							mais tarde, comeu jude, noite abu- rro e amendoim.	
							Jai maluco. Sóu jibar ab cuidados da ambulância.	
							1000 40	
							1000, comendo fruta deixa 4500	
							descanso, sono bom, devolveu medicação	
							Sóu só de cuidados de ambulância.	

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Four or five zucchini (s)

Paciente	Nome	Sexo	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica	
03-06-13	① DIETA PISCESI ② SULCO TENSORES ③ TRATAM 28-aq AV 12/1244 ④ Higiene Bucal 3x/dia ⑤ SSXV/erect		16:30 16:30	06/06/13 PACIENTE SEUZ CONSULTOR, ORIENTADO A CONSULTA URGÊNCIA, EM BSC	
				EF: ORALGIA PAROXISTAL + LIPOMA BSC: 4º DENTARIA 16 BSC CO-ACOMPAHADAS SICCA	
				 	
				CURSO DE PREVIDÊNCIA SIA 13 SET. 2013 PROTOCOLO	

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fractional crystallization

Paciente	Serviço	Nº da Consulta	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica	
21.08.11	(1) DINTA DESTES (2) Saca Sanguinosa (3) TICATÉ 2mg cr 12/12hs (4) HIGIENE BOM 3x/dia 3300/1000		18/08/11	EVOLUÇÃO T- 30H	VISCEROSIS SÓLIDA CONSTANTE, EDURADA HENOCLICO, PULSATIL, EM BCO.
				ED. CRUZMOSIS PARENQUIMATAS + TRÍSISTO	
				ED. ACUMULACAO DE LÍQUIDOS CLOACAL	
					DR. MARCOS CAVALLINI CABEDELL - SP
				UNIPREV PREVIDÊNCIA S.A.	
				13 SET. 2013	
				PROTOCOLO	



**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Diagnóstico

Frutura de compás zigomático (2)

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJAMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Fernanda Mieres Flores

Alojamiento

site 1

Diagnóstico

Features of Complex Figures (I)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-253



Joanita Neves Araújo

IDENTIDADE OFICIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.411.050 - 2^a VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/11/2016

NOME JOANITA NEVES ARAÚJO

FILIAÇÃO

MARIA DAS NEVES ARAÚJO

NATURALIDADE ARARUNA-PB

DATA DE NASCIMENTO
23/06/1975

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. Nº 5.104 - LIV.A-6 - FLS.45-V - CARTÓRIO NOVA
FLORESTA-PB

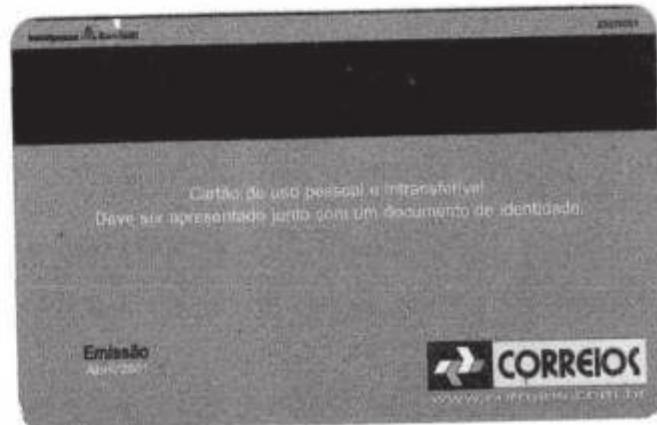
CPF

047.403.624-30

Barão A. S. Leoni Jr.

Carteira de identidade

O+



COMPRA PREVIDÊNCIA S/A

13 SET. 2013

PROTÓCOLO



DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
18 SET. 2010
PROTÓCOLO
00000000000000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COU RENAVAM PRT 2018M1000014684010
0112050004-1 00.00000000 2018

NOME
DARLENE PEREIRA GABRIEL

CPF/CNPJ	PLACA		
10649556496	QEX8756/PB		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2JB0100GR209479		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS / MOTOCICLETA / NAO APLIC	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / POP 110I	2016	2016	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/109 / C1	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
I P V A	IPVA PAGO EM 00/00/0000 ¹		
FAIXA IPVA	PARCELAGEMENTO/COTAS	² ³	
*****	0	3	
PREMIO TARIFARIO (RS)	IOF (RS)	PREMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO PAGO	16/05/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL		DATA	
CUITE-PB		23/05/2018	
16331		40000	

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

DE 013814464930 BILHETE DE SEGURO

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

EXERCICIO 2010 20.01

VIA 1 10649556496 MARCA VÔZ
COU RENAVAM 0112050004 HONDA / POP 110I
ANO FAB. 2016 DT MAT. 09 N. CHASSI
9C2JB0100GR209479

FNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)	IOF (RS)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
		16/05/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.808/0001-04

40886-1420562-20180520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
Nº 013814464930
85204816078
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
VIA COU RENAVAM 2018M1000014684010
0112050004-1 00.00000000

NAME/ENDERECO	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
DARLENE PEREIRA GABRIEL RES RUA G M FURTADO 561 CASA BASILIO FONSECA 58176000 CUIXE-PB	PAS / MOTOCICLETA / NAO APLIC	GASOLINA
PLACA ANT/UF	ANO FAB.	ANO MOD.
10649556496	2016	2016
CHASSI	COR PREDOMINANTE	OBSERVAÇÕES
9C2JB0100GR209478	VERMELHA	SEM RESERVA DE DOMÍNIO
LOCAL	DATA	
CUIXE-PB	23/05/2018	
16331	40000	

NAME/ENDERECO	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
DARLENE PEREIRA GABRIEL RES RUA G M FURTADO 561 CASA BASILIO FONSECA 58176000 CUIXE-PB	PAS / MOTOCICLETA / NAO APLIC	GASOLINA
PLACA ANT/UF	ANO FAB.	ANO MOD.
10649556496	2016	2016
CHASSI	COR PREDOMINANTE	OBSERVAÇÕES
9C2JB0100GR209478	VERMELHA	SEM RESERVA DE DOMÍNIO
LOCAL	DATA	
CUIXE-PB	23/05/2018	
16331	40000	

CONTROLE

10 SET. 2013

PROTÓCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434604 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Marcelo Fernandes Terrigno".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434604 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: Joanita Neres Araujo,
brasileiro(a), sótiline, agricultura,
portador(a) do RG nº. 2.411.050 expedido por SSP/PB em
23/13/2016 e do CPF nº. 047.403.624-30, residente na (o)
Rua Santos Dumont - 43 - Maria Santíssima,
município de Nova Floresta - PB, CEP 58200-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

ECONHEÇO
Picui - PB, 24 de julho de 2018.

Joanita Neres Araújo
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Pref. Felinto Fiorentino, 605
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

AHG55831 - JNJ1

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Declaro que a(s) firma(s) e assinatura(s) por autenticidade
de Joanita Neres Araújo é(são) verdadeira(s).
Dou fé Testº Eliana Clementino Pereira
Nova Floresta - PB
Eliana Clementino Pereira
Fazendária Simplificada

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Secretaria Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cutia - PB

10 SET. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342178/18

Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO

CPF: 047.403.624-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOANITA NEVES ARAUJO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

JOANITA NEVES ARAUJO : 047.403.624-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

NILO TRIGUEIRO DANTAS

MARCELA DO CARMO DE LIMA