

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

Carta nº 13395490



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



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 Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jeanita Neves Araújo		CPF titular da conta 047.403.624-30	Profissão agricultora
Endereço Rua Santos Dumont		Número 43	Complemento
Bairro Maria Faustino	Cidade Nova Floresta	Estado PB	CEP 58.178-000
Email			Telefone (DDD) (83)99912-5490

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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)

AGÊNCIA
NRO.

0657

D/V

2

CONTA
NRO.

16996

D/V

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

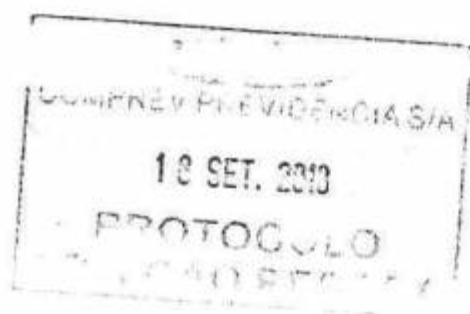
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Picuí-PB, 25 de julho de 2018
Local e Data

Jeanita Neves Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 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, aí, 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 Nº **2.411.050 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **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:

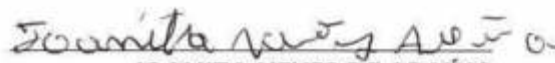
1 – Nome: LUCIENE LINS DA COSTA, R.G. n.º 2623899 SSP/PB, C.P.F. n.º 053.951.644-99.


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

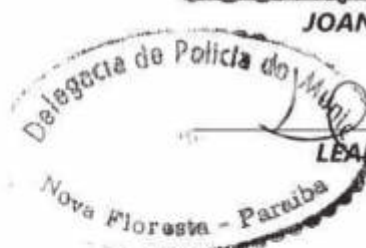
2 – Nome: JOSEILTON DA SILVA SANTOS, R.G. n.º 2502353 SSP/PB, C.P.F. n.º 057.154.724-90.

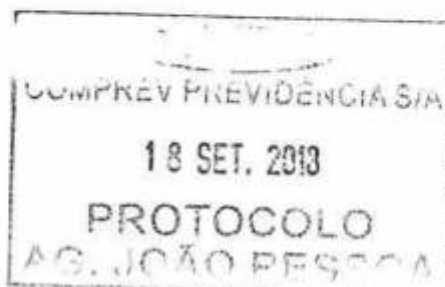
Endereço: RUA SANTOS DUMONT 29 MARIA FAUSTINO - NOVA FLORESTA/PB.

Nova Floresta/PB, 18 de julho de 2018.


JOANITA NEVES DE ARAÚJO
Noticiante


LEANDRO R DE A AZEVEDO
Escrivão de Polícia




COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 Líder 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.

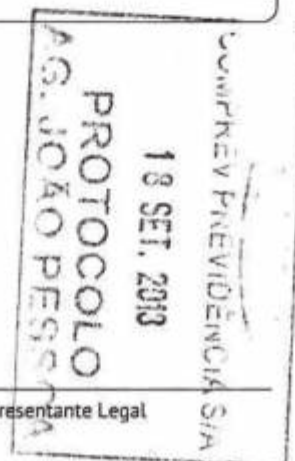
Picuí-PB, 13 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Joanita Neves Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PROTOCOLLO

18 SEP. 2013

DO NOT REVIDENDON

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Vitru - 42 anos, sofreu queda de alto
apresentando uma luxação em suprai-
lio direito e lesões MSE. Concomitante,
aventado-, alcoolizável-, rins sem
de fratura-. Foi regulado e encomen-
do para o hospital local. Os SSVV
progenitores e sem alterações.

Caio Cezar Silva Spinelli
ENFERMEIRO

ROSEN #99745

ESCALA DE COMA GLASGOW			
	ADULTOS	MEIORES DE 5 ANOS	ESCALA
ABERTURA OCULAR	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4
	Com Estimulo Auditivo	Com Estimulo Auditivo	3
	Com Estimulo Doloroso	Com Estimulo Doloroso	2
	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1
RESPOSTA VERBAL	Orientado	Responde	5
	Confuso	Choro Intenso	4
	Palavras Inapropriadas	Choro e dor	3
	Sons de Gemido	Gemido e dor	2
	Nenhum	Nenhum	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece Solicitação	Movimentos Espontâneos	6
	Localiza Dor	Retrair ao Toque	5
	Flexão Normal	Retrair e Dor	4
	Flexão Anormal	Flexão Normal	3
	Estimulo e Dor	Flexão Anormal	2
	Nenhum	Nenhum	1

EXPERIMENT 1			
COREN B99745			
REINFORCEMENT period	16-20	4	
	25-35	2	
	20H	2	
	01-05	1	
	0	5	
FEEDING SUSTAIN (g/min)	+50	4	
	70-80	3	
	50-60	2	
	01-40	1	
	0	6	
TRAUMA RATION	14 ± 10	5	
	11 ± 15	4	
	6 ± 10	3	
	5 ± 7	2	
	3 ± 4	1	

		FICHA	
SAÚDE 199		SAÚDE - SERVIÇO	
CIDADA (Obrigatoria) Nº 1696750		INSC (com o Regulador(a) D. (n) José	
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO		<input type="checkbox"/>	
Localidade:			
Município de Origem: Curitiba			
SAÚDE (Pac. em Tratamento)		TÍTULOS	
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO		Queda	
<input type="checkbox"/> ORTOCLÍNICO		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICO		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO		<input type="checkbox"/>	
PACIENTE (Pac. em Tratamento)		Nome Completo: José - Nascido Nome de Sobrenome: Proença Nº do Documento: A	
VIGILÂNCIA DO ESTADO DO PACIENTE E DA MORTE (Obrigatoria)		ESTADO DE CONSCIENTE:	
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente		<input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Superficial	
<input type="checkbox"/> Desconhecido		<input type="checkbox"/> Irregular	
<input type="checkbox"/> Inconsciente		<input type="checkbox"/> Não Responde	
<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Não Sabo	
TRANSCURSO DO FATO		RESERVAÇÃO	
<input type="checkbox"/> 01 Condição / 10 min.		<input type="checkbox"/> Abuso	
<input type="checkbox"/> 1 - 2 Condição / 10 min.		<input type="checkbox"/> Abuso	
<input type="checkbox"/> 3 - 5 Condição / 10 min.		<input checked="" type="checkbox"/> Abuso	
<input type="checkbox"/> Não Sabe		<input type="checkbox"/> Abuso	
<input type="checkbox"/> Bateria Faltando		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Sanguinamento		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Nascimento		<input checked="" type="checkbox"/> ILICITO	
GRAVIDADE PRESUMIDA		<input type="checkbox"/> ED	
TRANSPORTES UTILIZADOS		MEIOS: <input checked="" type="checkbox"/> USA	
EQUIPE		HORÁRIOS: 14:45	
AÇÃO SOLICITADA		<input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros	
<input type="checkbox"/> CPTRAN		<input type="checkbox"/> STTRANS	
MODERNE		<input type="checkbox"/> Cancelado	
<input type="checkbox"/> Recusou Atendimento		<input type="checkbox"/> Não se Encontra no Local	

ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐ SUSPEITO ☐

☐ Acidente com Automóvel ☐ Uso do Cinto ☐ Agressão Física ☐ Vítima Projétil
☐ Queda de Altura ☐ Não ☐ Fatores Físicos ☐ Envolvimento
☐ Colisão ☐ Ignorância ☐ Fatores Físicos de Fogo ☐ Alagamento
☐ Motorista ☒ Acidente com veículo ☐ Explosão (bomba) ☐ Outros
☐ Atropelamento ☐ Com Capacete ☐ Orelheira de Proteção ☐
☐ "Air Bag" ☒ Sem Capacete ☐ Fogo ☐
☐ Perseguição ☐ Queda ☐ Outros ☐
☐ Saco Distensão ☐ Altura / Profundidade ☐

AValiação Primária

VIA AEREA	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M. V. Diminuída	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> A.D.M.
<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M. V. Ausente	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Mente
<input type="checkbox"/> Traqueopatia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Alentejo
<input type="checkbox"/> Fuso Ruidoso	<input type="checkbox"/> Mucosas	<input type="checkbox"/> Peristaltismo Periférico 2	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Obstrução	<input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorrhea
<input type="checkbox"/> Apnéia			<input type="checkbox"/> Otorrhea
<input checked="" type="checkbox"/> Outros <u>64</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>presente</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>normalizado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>150</u>

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	PA mmHg	FC bpm	FR /min	Sa O ₂	T. Axila °C	Glicemia	Exame Glicemia	APGAR
	<u>150x110</u>	<u>90</u>	<u>18</u>	<u>96</u>	<u>35,2</u>	<u>84</u>		

AValiação Secundária

PELE	CABECA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOMEN
<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input checked="" type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Fim	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Distensão
<input type="checkbox"/> Úmido	<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Devido a Trauma	<input type="checkbox"/> Devido a Trauma	<input type="checkbox"/> Rota Paradoxa	<input type="checkbox"/> Em Vómito
<input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento Gouge	<input type="checkbox"/> Ferimento Saco-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Timpanismo	<input type="checkbox"/> Distensão
<input type="checkbox"/> Cianótico					<input type="checkbox"/> Espasmo

PELVE	COLUMNA DORSAL	MEMBRAS
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <u>MSE</u>
<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Luxação
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Fratura Fechada
		<input type="checkbox"/> Fratura Exposta
		<input type="checkbox"/> Amputação

AValiação Cardíaca	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PROGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratório	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Metabólico	<input type="checkbox"/> Alergia
<input type="checkbox"/> Fibrilação Atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Fibrilação Ventricular	<input type="checkbox"/> Digestivo	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Integridade	
	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringológico	
	<input type="checkbox"/> Pediatra	
	<input type="checkbox"/> Outros	

GRAVIDADE ☒ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Oxigênio
☐ Aspiração de Vias Aéreas
☐ Clamato / Tórax / Orelheira
☐ Bandagem Triangular
☐ Vio Orelheira
☐ Vio Tórax
☐ Orelheira Contínua
☐ Faco Vento
☐ Descontaminação

TRATAMENTO INICIAL

REPOSIÇÃO VOLUME	VOLUME
REPOSIÇÃO	<u>500</u>
SOL. FISIOLÓGICO 0.9%	
SOL. GLICOSEADO 5.5%	
OUTRO	

DESTINO DO PACIENTE

☒ HOSP. MUNICIPAL DE CAMPINAS
☐ FAP
☐ CLIPS
☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO
☐ UPA
☐ ISEA

PERTENCENÇA DO PACIENTE

Domicílio: _____
 Nome do Responsável: _____
 Função do Responsável: _____
 Assinatura do Responsável: _____

TERMO DE RESCUSA

Declaro para todos os fins pelo SAMU /Campinas Grátis
 Assinatura do paciente responsável: _____

TIPO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 011.254.350

DADOS DO CLIENTE

JOANITA NEVES ARAUJO
RUA SANTOS DUJOMT 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



DESTAQUE AQUI

JOANITA NEVES ARAUJO

Roteiro: 11-106-335-1940

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

VENCIMENTO

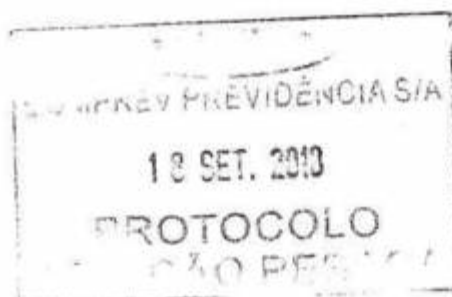
29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 15,30

MATRÍCULA

351534-2018-08-6



**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 544817XXXXX2229
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\$
		Valor Original	Cotação	Débito
27/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			326,25D
30/05	MULTA DE ATRASO			6,53D
30/05	MORA			3,26D
30/05	JUROS NAO PAGAMENTO MINIMO			31,32D
	Subtotal Nacional			367,36D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXX2229**Movimentações Nacionais**

30/05	ACORDO ADMINISTRATIVO 1 13/24			293,18D
14/07	ACORDO ADMINISTRATIVO 1 11/12			18,95D
30/05	IDF BASE DE ROTATIVO			0,08D
30/05	IDF ADICIONAL DE ROTATIVO			0,09D
	Subtotal Nacional			312,30D

Total Nacional	9,66D
Total Internacional	0,00C
Total da Fatura	9,66D

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
1096	0

Encargos

MULTA		3,00 %
MORA		1,00 %
PARCELADO COM JUROS		5,10 %
CET PARCELADO COM JUROS		5,74 %
	Para o Período	Máx. Próx. Período
ROTATIVO	9,60 % a.m.	11,60 % a.m.
NAO PAGAMENTO MINIMO	9,60 % a.m.	11,60 % a.m.
SAQUES	9,75 % a.m.	11,75 % a.m.
SAQUES INTERNACIONAIS	8,75 % a.m.	10,75 % a.m.
CET ROTATIVO	10,22 % a.m.	12,22 % a.m.
CET NAO PAGAMENTO MINIMO	10,22 % a.m.	12,22 % a.m.
CET SAQUES	10,37 % a.m.	12,37 % a.m.
CET SAQUES INTERNACIONAIS	10,00 % a.m.	12,00 % a.m.

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$	3.000,00
LIMITE/LINHA SAQUE CASH INTERN	R\$	5.000,00
Total de compras parceladas a vencer	R\$	3.244,01
Limite de Crédito Utilizado	R\$	3.923,67

26/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:52:26
060073579 1088

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: K C ASSESSORIA SERV LTDA
AGENCIA: 2441-4 CONTA: 9.424-2

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1049001918181367000020010761659160000000000000
NR. DOCUMENTO 62.609
DATA DO PAGAMENTO 26/06/2018
VALOR DO DOCUMENTO 679,66
VALOR COBRADO 679,66

10NR.AUTENTICACAO C.D5B.1E6.4B4.933.E92

CAIXA**104-0**

Pagador NILO TRIGUEIRO DANTAS

RUA ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145 JK - 58187-000 - PICUI - PB

Número 8000001076165918

Beneficiário

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Endereço do Beneficiário

Sítio Quarta 4, Lote 374, Ara Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900

Agência / Código do Beneficiário

761.1.675.00000191.5

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e reclamações)

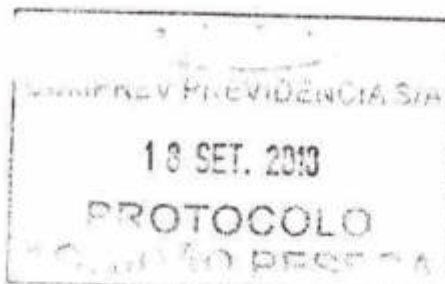
Para perdas com deficiência autônoma ou de fato: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 2424

caixa.gov.br

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador



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 AMOJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 047403624 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOANITA NEVES AMOJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 047403624 / 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 penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

Picuí/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 Penegaz 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 Joanita Neves Araújo, cujo o condutor era
a mesma.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA 1PDP

Ano: 2016

Placa: QFX 8756/PB

Chassi: 9C28B0100GR 208478

Data do Acidente: 20.05.2018

Local e Data: Picuí - 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)

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 607
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) firma(s) e a(s) por autenticidade

de: Darlene Pereira Gabriel

AHG55829 - M5GV

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

Dou fé. Teste () da verdade.

24 de julho de 2018
Nova Floresta - PB

Eliana Clementino Pereira
Escrivente Substituta

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

COMPREV PREVIDENCIÁRIO
13 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



trazido pelo SAMU com acompanhante

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ CÓDIGO CNES: 234264-2

ENDEREÇO: RUA 15 DE NOVEMBRO, 160 - CENTRO MUNICÍPIO: CUITÉ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

Nº REGISTRO: *6789+* Nº FICHA: *30* HORA: _____

- [] 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

PACIENTE
NOME: *João da Silva de Sousa* SEXO: *F* IDADE: *42*
PROFISSÃO: *Agricultor* COR: *preta* DOCUMENTO: _____
MÃE: *M. da S. Silva de Sousa* ESTADO CIVIL: *1. Estável*
ENDEREÇO: *R. Santos do Norte*
MUNICÍPIO: *N. Florista* TEL: *996139028* ESTADO: _____ UF: *PB*
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: *208600092670886*
DATA DE NASCIMENTO: *23/06/1975* DATA DO ATENDIMENTO: *20/05/2018*

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Alcides de Sousa
13 SET. 2018

PROTOCOLO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Recepcionista: _____

1. *3657- 580ml*
2. *Carpele 6/1*
3. *Dupla - 1 Plac*
4. *Observat*

PROCI

5uf - 01
77001 - 0 20

Alcides de Sousa

MEDICAÇÃO:

- [] 1- PRESCRIÇÃO [] OBESER
[] 2- APLICADA [] INTERNA
[] ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS

1- *1013101313*
2- *1013101313*
3- *11111111*

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS)

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

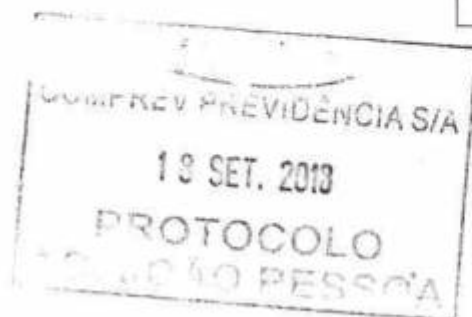


RELATÓRIO DE ENFERMA

NOME Joanila Nunes de Araujo IDADE: 42 DATA: 18/09/2013

HORA	MEDICAÇÃO	QUEIXAS
18:59	595.1.500ml dipirona + plavix	paciente frásida pelo apos acidente de moto com escoriações, foi zade uma Solução Solutioe foi medi e segui atendimento equipe
19:00		paciente com de hipotensão e de hipotensão

Elaine Araújo dos Santos
COREN-PB 001277370-16

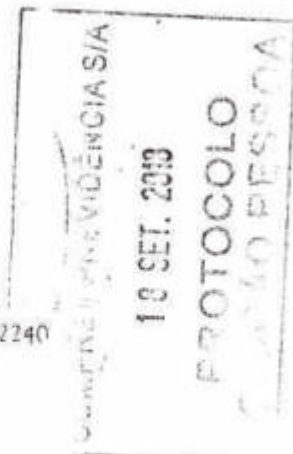




Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ
CNPJ: 11.404.674/0001-78

Eu, Joanilda Neres de Araújo
nacionalidade _____, estado civil viúvel
inscrito no CPF sob o nº. 1, residente e domiciliado à
Rua Santos do Durocent
cidade Paraíba 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
14:30 horas do dia 20 / 05 / 2018.

Joanilda Neres de Araújo
Assinatura



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE / / às / hs.

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A revelar
 () Internação (saída) () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Joanita Neves Araujo
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

http://10.1.1.145/projetohtcgpreurgencia.php?contar=1663889

272

30/05/2018

HTCG-Préim Administrativo

BME

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1663889 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/05/2018

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima

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

Endereço: SANTOS DO MON Sexo: F Telefone: 996139028

Cidade: Nova Floresta Idade: 042 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES ARAUJO RG: N°: 43

Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTORA

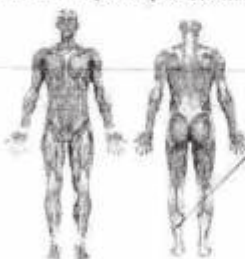
Estado Civil: Solteira(a) Data de Atendimento: 30/05/2018

Motivo: RETORNO Hora: 07:32:32

Medico: CRM: Especialidade:

OB: FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abuso
2. Amputação
3. Anelido
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Eritema subcutâneo
10. Sangramento
11. Equimose
12. F. Amarelo
13. F. Amarelo
14. F. Contusão
15. F. Contusão
16. F. Contusão
17. F. Contusão
18. F. Contusão
19. F. Contusão
20. F. Contusão
21. F. Contusão
22. F. Contusão
23. F. Contusão
24. F. Contusão
25. F. Contusão
26. F. Contusão
27. F. Contusão
28. F. Contusão
29. F. Contusão
30. F. Contusão
31. F. Contusão
32. F. Contusão
33. F. Contusão
34. F. Contusão
35. F. Contusão

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

http://10.1.1.145/projetohtcgpreurgencia.php?contar=1663889

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico em foco e função do Complexo Zigabro (D)

ALERGIA: *NDN*MEDICAMENTOS: *NDN*PATOLOGIAS: *NDN*

EXAME FÍSICO

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

Glasgow *15* PA HGT: SatO2

**TOMOGRAFIA
 REALIZADA L.M:
 21/05/18**

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *245* / / Dia / /

Especialista: / / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

N° PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

18 SET 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

102



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DE
SECRETARIA DE
HOSPITAL DE TR
GONZAGA FE
LABORATÓRIO DE

Sr(a): JOANITA NEVES ARAUJO
Dr(a): YVRY DE PAIVA CAMARA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FER

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/06/2018 11:57]

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos
Hemoglobina
Hematócrito
V.C.M.
H.C.M.
C.H.C.M.

SÉRIE BRANCA

Leucócitos

Neutrófilos
Promielócitos
Mielócitos
Metamielócitos
Bastonetes
Segmentados
Eosinófilos
Bastófilos

Linfócitos
Típicos
Atípicos
Monócitos

CONTAGEM DE PLAQUETAS

OBSERVAÇÕES

Este laudo foi assinado digitalmente

 **Newlab**
Laboratório

Sr(a):	JOANITA NEVES ARAUJO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo:	0000406439	RG:	340 INFORMATO
Data:	30-09-2010 @ 16:14	Origem:	AREA AMPLA
Idade:	42 anos	Destino:	Linha 05

GLICOSE (JEJUN)

91 mg/dl

DATA DE COTAÇÃO: 08/05/2018 (08:03)
 Mercado: Fipe
 Mercado: Automotivo - de 145 a 150 cmc

1. Plano de Trabalho
 2. Relatório
 3. Resumo
 4. Conclusão
 5. Referências
 6. Índice
 7. Apêndice
 8. Exercícios
 9. Questões
 10. Problemas
 11. Exercícios de casa
 12. Exercícios de sala
 13. Exercícios de grupo
 14. Exercícios de individual
 15. Exercícios de coletivo
 16. Exercícios de debate
 17. Exercícios de dramatização
 18. Exercícios de jogos
 19. Exercícios de música
 20. Exercícios de dança
 21. Exercícios de teatro
 22. Exercícios de cinema
 23. Exercícios de televisão
 24. Exercícios de rádio
 25. Exercícios de internet
 26. Exercícios de celular
 27. Exercícios de tablet
 28. Exercícios de smartwatch
 29. Exercícios de smartglass
 30. Exercícios de smartcar
 31. Exercícios de smartcity
 32. Exercícios de smartcountry
 33. Exercícios de smartworld
 34. Exercícios de smartuniverse
 35. Exercícios de smartmultiverse
 36. Exercícios de smartomniverse
 37. Exercícios de smarteverything
 38. Exercícios de smartnothing
 39. Exercícios de smartanything
 40. Exercícios de smartwherever
 41. Exercícios de smartwhenever
 42. Exercícios de smartwhoever
 43. Exercícios de smartwhatever
 44. Exercícios de smartwhenever
 45. Exercícios de smartwhoever
 46. Exercícios de smartwhatever
 47. Exercícios de smartwhenever
 48. Exercícios de smartwhoever
 49. Exercícios de smartwhatever
 50. Exercícios de smartwhenever
 51. Exercícios de smartwhoever
 52. Exercícios de smartwhatever
 53. Exercícios de smartwhenever
 54. Exercícios de smartwhoever
 55. Exercícios de smartwhatever
 56. Exercícios de smartwhenever
 57. Exercícios de smartwhoever
 58. Exercícios de smartwhatever
 59. Exercícios de smartwhenever
 60. Exercícios de smartwhoever
 61. Exercícios de smartwhatever
 62. Exercícios de smartwhenever
 63. Exercícios de smartwhoever
 64. Exercícios de smartwhatever
 65. Exercícios de smartwhenever
 66. Exercícios de smartwhoever
 67. Exercícios de smartwhatever
 68. Exercícios de smartwhenever
 69. Exercícios de smartwhoever
 70. Exercícios de smartwhatever
 71. Exercícios de smartwhenever
 72. Exercícios de smartwhoever
 73. Exercícios de smartwhatever
 74. Exercícios de smartwhenever
 75. Exercícios de smartwhoever
 76. Exercícios de smartwhatever
 77. Exercícios de smartwhenever
 78. Exercícios de smartwhoever
 79. Exercícios de smartwhatever
 80. Exercícios de smartwhenever
 81. Exercícios de smartwhoever
 82. Exercícios de smartwhatever
 83. Exercícios de smartwhenever
 84. Exercícios de smartwhoever
 85. Exercícios de smartwhatever
 86. Exercícios de smartwhenever
 87. Exercícios de smartwhoever
 88. Exercícios de smartwhatever
 89. Exercícios de smartwhenever
 90. Exercícios de smartwhoever
 91. Exercícios de smartwhatever
 92. Exercícios de smartwhenever
 93. Exercícios de smartwhoever
 94. Exercícios de smartwhatever
 95. Exercícios de smartwhenever
 96. Exercícios de smartwhoever
 97. Exercícios de smartwhatever
 98. Exercícios de smartwhenever
 99. Exercícios de smartwhoever
 100. Exercícios de smartwhatever

Gender Farias Cavalcanti
Domestico
CST-4 - Turid

Este livro foi assinado digitalmente com o número: 86AA-258F-229C-CBAE-743A-865D-96B3-876A



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Sr(a): JOANITA NEVES ARACJO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUTZ G. FER

HEMOGRAMMA

[DATA DA COLETA: 30/05/2018 16:12]

SÉRIE VERMELHA

Eritreitos
 Hemoglobina
 Hematócrito
 V.C.R.
 H.C.M.
 C.H.C.M.

SERIE BRANCA

Leucocytes: 10,000-12,000/mm³

Resistencia

Proeritrocitos	.....
Mielocitos	.....
Metamielocitos	.....
Eosinófilos	.....
Basófilos	.....
Segmentados	.....
Eosinófilos	.....
Basófilos	.....
Leucocitos	.....
Tipicos	.....
Atipicos	.....
Hemocitos	.....
CONTAGEN DE PLAQUETAS	.....

OCEANOGRAPHY

Base lauré del animal: digitalmente





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ES
Hospital de Emergência

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

NOME: Geonita Neves

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura
() Dispnéia de esforço () Grande Medicação
() Palpitações () Tosse
() Dor Precordial () Tipicamente Emocional
Relacionada () Esforço

Comentários: _____

2 - DOENÇAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica N () Hipertensão Insuficiência
() Diabetes Mellitus 1 () Insuficiência
() Arritmias

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☒ Alergia e Medicamentos: meio
☒ Fritismo () Cirúrgico
☒ Dislipidemia

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR

FC: 95 b.p.m P.A.: _____

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: mg: 11,6 glic

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico N)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitor)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (A)

Obs.: _____

PROTÓCOLO

13 SET. 2013

UNIDADE DE EMERGÊNCIA S/A



RES
(REFERÊNCIA)

NOME: *João Antônio de Souza*

NATURALIDADE:

ADMISSÃO: *30/10/18*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese)

*Paciente com apendicite aguda
história de dor abdominal*

2. Resultado dos principais exames

TC abdome. Intest. de esp. 30

3. Evolução e complicações

NENHUMA

4. Terapêutica realizada

Antibiótico A. Intravenoso

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Apnd. de cecos aguda

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

*- Retorno imediato
- Dieta líquida
- Analgésico
- Antibiótico*

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, *17* de *dezembro* de *2018*

CUMPRIV. PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2019

PROTOCOLO

6.10.00.00.00.00.00

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 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Alta
2FA

Assinatura do anestesista

13 SEP. 2013

PROTOCOL

Folha de Sala - R


Paciente:	Wanda Lopez de
-----------	----------------

Convênio:	1904-2005
-----------	-----------

Procedimento: *Reação de*

Cirurgião: Dr. Rafael Assinatura: _____

Início:	11:30	Tér
---------	-------	-----

Hora	PA	Pulso	SAT
12:40	80-90/70	65	97
13:00	80-90/70	34	97
13:30	80-90/70	60	98
			

Medicamentos/Materiais

A Clanton star

Observações:

Assinatura Anestesista

Re

NOTA DE SAL

PACIENTE: Joanira Neres Araújo
 OI LEITE CONVENIO Sus

QUIRURGIA Requisito de Arco Ligamentar
 ANESTESIA Sedação

INSTRUMENTADORA DATA 06/11/18

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Ox.
	Adrenalina amp.	Cacl. p.
	Arcofina amp.	Cacl. D.
	Diazepam amp.	Comores
	Dimore amp.	Colônico
	Dolantina amp.	Dreno
	<u>100 ml Propofol</u>	Dreno K.
	Fenopam amp.	Dreno P.
	Furadil ml	Dreno P.
<u>015</u>	<u>100 ml Hypocaim 4V</u>	Equipo 2
	Ketalar ml	Equipo 3
	Morfina % ml	Equipo 4
	Nubain amp.	Equipo 5
	Paralun amp.	Equipo 6
	Protigene amp.	Equipo 7
	Protigene ml	Furacil
	Quelion ml	Gase Pa
	Rapfen amp.	H.O. ml
	Thionembul ml	Inacat
	Tracurp amp.	Inacat
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina
	Agua Destilada amp.	Lâmina
	Decadron amp.	Lâmina
	Diprino amp.	Lunax 7
	Flaxidol amp.	Lunax 7
	Flaxidol amp.	Lunax 7
	Geremina amp.	Lunax 7
	Glicose amp.	Oxigênio
	Glicose de Colico amp.	Parafix
	Hueterol ml	Pipil De
	Hipocaim ml	Pipil To
	Paralun amp.	Soldo A
	Laxa amp.	Saco co
	Veridolazol	Seraga
	Masil amp.	Seraga
	Proclama	Seraga
	Roxilan amp.	Sonda
	Stupranon amp.	Sonda
	Cefalotina lg	Sonda
		Sonda
		Steridm
		Tornapm
		Vaselin
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon
	Agulha desc. 25 x 7	Látex
	Agulha desc. 25 x 28	Látex
	Agulha desc. 1 x 4,5	<u>05</u> <u>clt</u>
	Agulha p/ raque n°	
<u>015</u>	<u>Alcool de Etileno 96%</u>	
	Alcool Iodado ml	
	Aladuras de Crepim	
	Aladuras de Gessada	
	Asul medem amp.	
	Benzina ml	

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A
 18 SET. 2013
 PROTOCOLO



Nome do Paciente	Jociana Alves Arany	
Data da Operação	06/06/18	
Operador	Rafael Guter	
2º Auxiliar	José Eduardo	3º A
Anestesia	Crustade	
Diagnóstico Pré-Operatório	Hidrad	
Tipo de Operação	Redução de fu	
Diagnóstico Pós-Operatório	Cancro	
Relatório Imediato da Patologia	N	
Exame Radiológico no Ato	N	
Acidente Durante a Operação	N	

DESCRIÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras -
1 Paciente em DD + sob sedação
2 Antissepsia + abertura de cu
3 Infiltração anestésica
4 Redução de fratura com
5 sutura
6 Curativo
7 Paciente acordada

RELATÓ

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

Pré-operatório

PROTOCOLO

12 SET. 2013

COMITÊ DE PREVIDÊNCIA S/A

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/06/2013	20h30				120/80		Paciente consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diurese normal, sem alterações de frequência cardíaca, sem alterações de saturação de oxigênio.	
03/06/2013	20h30				120/80		Paciente consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diurese normal, sem alterações de frequência cardíaca, sem alterações de saturação de oxigênio.	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9-2

Trat. de Am. Zircarona ①

Paciente: SIMONE LUIZ NASCIMENTO Alojamento: 10 Leito: 10 Convênio: 10

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03.06.13	1) AMB. PIREN		1) BMO 4' 211
	2) SORO SALINADO		
	3) TRAT. 20mg IV 12/12h		
	4) HIGIENE BUCA 3x/dia		
	5) SSVV/ECG		
			PACIENTE SEM COMPLICAÇÃO, ORIENTADO, REABILITADO, INDEPENDENTE, EM BOM ESTADO.
			EF. QUÍMICA INDEPENDENTE + HIGIENIZADA 4x/dia. ADEQUADA AL. PREC.
			CD. REABILITADO SURVEILADO

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRM - 5198

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRM - 5198

SUMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2013
PROTOCOLO

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Features of Complex Figure (T)

Paciente	Fonseca Neves Augusto	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-----------------------	------------	-------	----------

1050-8330/00/0000-0000\$10.00/0

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

ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.411.050 - 2ª 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. Nº5.104 - LIV.A-6 - FLS.45-V - CARTÓRIO NOVA FLORESTA-PB

CPF 047.403.624-30

DATA DE EMISSÃO 29/08/83

Baron A. S. Lacerda

Q+

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

047.403.624-30

Nome

JOANITA NEVES ARAÚJO

Nascimento

23/06/1975



Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

Emissão

ABR/2011

CORREIOS

www.correios.com.br

CUMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05481822

USO OBRIGATORIO
IDENTIFICACAO PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13, Lei nº 11.340/06)



ACTIVADO NO PORTAL

Nilo Trigueiro Dantas

05481822

05481822

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
NILO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LUCIA TRIGUEIRO DANTAS

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
09/08/1983

CPF
047.951.774-06

RG
2689825 - SSP/PB

DATA DE EXPIRAÇÃO
18/01/2013

STATUS
NÃO

ASSINATURA
Nilo Trigueiro Dantas

OCUPACAO
OCUPACAO DE ADVOGADO

SEMPRE PREVIDENCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814464930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20181100001463-4
0112050004-1 00/00000000 2018

NOME
DARLENE PEREIRA GABRIEL

CNPJ
10649556496

PLACA
QEX8756/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JB0100GR208478

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

ANO FAB ANO MOD
2016 2016

CAP/POT/CIL
2 P/109 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO P A G O 16/05/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL
CUITE-PB

DATA
23/05/2018

16331

40000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CADASTROS DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUÁ CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

Nº 013814464930

SILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 322 1304

EXERCÍCIO DATA PRÓXIMA
2016 23/05/2017

VIA COD RENAVAM PRT 20181100001463-4
0112050004-1 00/00000000 2018

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

ANO FAB ANO MOD
2016 2016

CHASSI
9C2JB0100GR208478

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO (R\$)
***** SEGURO

PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO
COTA UNICA PARCELADO 16/05/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-34

40886-1420362-20180320

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013814464930

DETRAN - PB

55204816078

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20181100001463-4

VIA COD RENAVAM 0112050004-1 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
DARLENE PEREIRA GABRIEL

RES RUA G M FURTADO 561 CASA

BASILIO FONSECA

58176000 CUITE-PB

PLACA
QEX8756/PB

CNPJ
10649556496

NOME ANTERIOR
EVANEIDE DE FÁTIMA BRAGA CORREIA

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JB0100GR208478

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

ANO FAB ANO MOD
2016 2016

MARCA/MODELO
HONDA/POP 110I

CAP/POT/CIL
2 P/109 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : JB01E0G208290

DATA
23/05/2018

LOCAL
CUITE-PB

40886

16331

DETRAN

13 SET. 2013

PROTOCOLO

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:

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Joamita Neves Araújo,
brasileiro(a), solteira, agricultora,
portador(a) do RG nº. 2.411.050 expedido por SSP/PB em
23/11/2016 e do CPF nº. 047.403.624-30, residente na (o)
Rua Santos Dumont - 43 - Maria Faustino
, município de Nova Floresta - PB, CEP .

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, Picuí – 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.

Picuí - PB, 24 de julho de 2018.

Joamita Neves Araújo
outorgante


AHG55831 - JNJ1
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Doutor Teste: [assinatura] da verdade.
Nova Floresta - PB 24 de julho de 2018.
Eliana Clementino Pereira
Escritora Substituta

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 60F
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
2. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342178/18

Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO

CPF: 047.403.624-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANITA NEVES ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA