

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000160070-9

Nr. da Autenticação B7CC6463650F8D7A

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

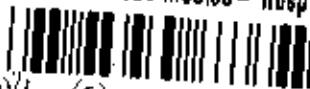
CLIENTE: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000015082-0

Nr. da Autenticação C686CCAFE33530C0



ASL-0448043/17
marcela.lima.0179
20/12/2017 13:53:00

ASL-0448043/17
marcela.lima.0179
20/12/2017 13:53:00



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSAGEM
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RUA CAPITÃO PEDRO RAFAEL, 349 - CENTRO

Sr(a)

Encaminhamento

Jose lito Soares do
Nascimento ao hospital
Regional de Patos
paciente vítima de
poli-traumismo com se-
to de otorragia e
baixa acuidade auditiva
+ dificuldade de ampli-
fude da mandíbula
Ao otomicroscópio

12.09.17

Dr. João Paulo Epifanio
CRM 10.895

CCMPREV
CCMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO KOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (63)3423-2741

Prontuário: 96660

Ocorrência: URGÊNCIA

Servidor do Dr:

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Filiação:

Pai: ANTONIO BRAZ DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA MARTINS DO NASCIMENTO

Endereço:

Cidade: PASSAGEM - PB - 58734-000 - 2510709

Endereço: CAPITAO PEDRO RAFAEL

Bairro: CENTRO

Naturalidade: PASSAGEM - PB

Fone: (83)98121-8410

Documentos:

CNS: 708-2091-4662-2940

Identidade: 2096607 SSP PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 3/8/1977

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Quem a foto há 05/10/17

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dor + Gê no + de for m + a Ponto

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx Ponto

Diagnóstico:

Resposta

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 12/09/17

Recepcionista: GILMARA

Data/Hora 2/9/2017 18:00:54

NO 526

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A

21 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

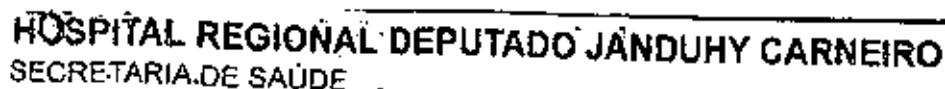
ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA

[illegible]

ANÁLISE DE VARIÁVEIS DE COMPLEXIDADE PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

~~CÓPIA~~

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

MACRODITO					GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE				
27	A. A. L.	LATO	03	CONVENIO	SUS	IDADE	40	REGISTRO	96.660
CIRURGIÃO					CIRURGIÃO				
Lto. cir. Int. p/unka E					Ranis				
ANESTESIA					ANESTESISTA				
B. B. + adacac					Renê				
INSTRUMENTADORA					RMA				
Valéria					11/09/17				
DATA					11/10				

HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDIRY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvax Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina do Bisturi
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vascular		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos Desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Qualicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormilind		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Draino Penrose
	Xilastésin a 5%		Draino Sucção
	Inoval		Draino de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimidato		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidox
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Diplonax		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000.VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tiatal		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amleacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

COMPREV
COMPREV SEQUROS E PREVIDÊNCIA

21 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COPIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: Roberto Soares do Nascimento					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
UF:	CID:	CONVÊNIO:	IDADE:	REGISTRO:	
PA:	03	SUS	40	96660	
Cirurgião: Dr. Waldomiro L. A. de Almeida					
Anestesiologista: Dr. Alexandre					
Instrumentador(a):		DATA:	HORA:	FLS:	
		10/09/17	15:20	17	

MATERIAL

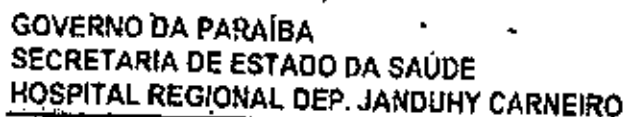
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. do Instrumentador	1	Equipo p/ sorção sangue
	TX. Capnógrafo	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Bomba de Infusão	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Aplicação de Sangue	1	Sonda de Foley
	TX. Monitor Cardio-Respirador	1	Coletor de Urina
	TX. do Laser	1	Seringa 1 ml
X	TX. de Curativo		Seringa 3 ml
	TX. da Instalação S. Vesical		Seringa 5 ml
X	TX. Sala		Seringa 10 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Eletrodos desc.
X	TX. Oxímetro de Pulso		Atadura de Crepom 10cm
	Hafetano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilastesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	X	Espandrápico
	Etodimidato		Xilocalina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovains 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanoxat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcan	X	Algodão Ortopédico
	Forane	X	Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomol
	Prostigmina		Fio Cremado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cremado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cremado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cremado 1 c/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cremado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cremado 2-0 c/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Espadin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ smigdalectomia
	Agulha de Rique Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotato 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

11 NOV 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COPIA



PROL-04480 REQUISICÃO DE PARECER

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RECER 0448 RX317

NOME: JOSEF L. G. SOARES DO NASCIMENTO
 DA CLÍNICA: Cirúrgica
 A CLÍNICA: Bombas de B. ENFERMARIA: 10-20-21
 LEITO: 20

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

ASL 0043/17
marcela.lima
2012

20/12/2017 13:55

02-09-70/R

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

RECER: 02/08

marc 07709217

ASL-0448043/27
marcela

Marcela Almeida

2-1921-11-13-53-10

Ao Excmo. Sr. Sen. Mar. de Figueira
em face aos peritos Internos e Externos.
Sr. Dr. Epitacio Kien 17

C. D. O'Leary
 Pa. Herald (Harrisburg)
 Geo. L. S. - 0448

ASL-044 2045/1
Microfilm

07/12/2017 17:00

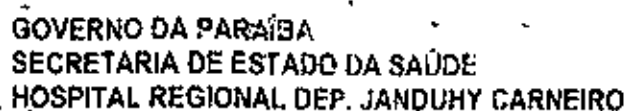
2017/01/12 13:52:40

DACA

ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
NOV 2017

COPIA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Josefina Soares do Nascimento
DA CLÍNICA: Ortopedia
A CLÍNICA: Cardiologia ENFERMARIA: A. de Paula
LEITO: 037-11

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

ASL-0448043/17
MARCIA LIMA 01/19
20/12/2017 13:53

04/09/2017

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

40 ANOS

PRE-OP. FRATURA
AMP. NDN
MGO. NDN
ALUNIA: ⊖

MSE: 0448043/17
MARCIA LIMA 01/19
20/12/2017 13:53

AC: REC. 21.6M
ECG: DCRD

CONCUSA: Bato

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

COMPREV
COMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA S/A
21 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>ELIENAI SOARES</u>	Nº prontuário: <u>119117</u>
Data da Cirurgia: <u>11/11/17</u>	Leito: <u>1355</u>
Cirurgião: <u>Dr. SIONIO</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. DIEGO</u>
Anestesista: <u>Dr. NUNO ALONSO</u>	Tipo de Anestesia: <u></u>
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FR. ABDOM. DISTENSO</u>	
Tipo de Cirurgia: <u>07/10/11 - FR. ABDOM. DISTENSO</u>	
Diagnóstico Pós Operatório: <u>11</u>	
Relatório Imediato do Patologista: <u></u>	
Exame Radiológico no Ato: <u></u>	
Acidente Durante a Cirurgia: <u></u>	

COMPREV	PROTOCOLO
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	AG. JOÃO PESSOA
21 NOV. 2017	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) Pct DDR + OITM MSE + Gase MSE
2) Anestesia + antiprurido
3) Colocação de drenagem
4) Incisão vertical no abdome inferior
5) Placa + parafusos
6) Hemostasia plástica + ligadura + sutura da parede
7) Curativo + TAP
8) Anestesia profunda

Dr. Diego Santiago
Ortopedista Traumatologista
CRM 10532-2/GO 15149

CÓPIA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATORIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jose Lito Soares</u>		Nº. prontuário: <u>2017</u>
Data da Cirurgia: <u>08.09.17</u>	Enf.: <u>13.50</u>	Leito: <u>13.50</u>
Cirurgião: <u>Dr. W. A. R. S. O. N.</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. F. S. P.</u>	
Anestesiista: <u>Dr. T. A. U. O.</u>	Tipo de Anestesia: <u>SC. M. A. E. N. T.</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>F. A. O. R. T. R. O. D. I. S. T. O. R. T. O.</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>F. A. O. R. T. U. R. I. A.</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>O. M. A. N. O.</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>2017</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>2017</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>2017</u>		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS
21 NOV 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
2) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
3) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
4) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
5) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
6) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
7) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
8) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
9) F. A. O. R. T. U. R. I. A.
10) F. A. O. R. T. U. R. I. A.

CÓPIA



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Médico Requisitante: DR. DIEGO S. SANTIAGO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10
Idade: 40 ANOS
Data: 06/09/2017
Comanda: 42034

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Amostra: Soro
Método: Enzimático/Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 108 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dl

70,0 a 99,0 mg/dl

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

COMPREV
21 NOV 2017
PROTOCOLO: A
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Dr. Wladimir Soares Ferreira
Biotecnólogo - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 - CRF-PB: 1804

— Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 9913-1408 / 3421-5468 / 9 9511-1712

CÓPIA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSEITO SOARES DO NASCIMENTO
Medico: DIEGO VARELA
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: AMARELA

Nascimento: 03/08/1977 Idade: 40 Sexo: M
Cod. Pac.: 14145 Protocolo: 35852
20/12/2017 10:01:26
Leito: 3

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino >13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm ³	Feminino >13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Eritrócito:	4.170.000 /mm ³		
Hemoglobina:	11,8 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito:	37,4 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	91,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	29,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	32,0 %	31 - 38 %	31 - 38 %
R.D.W.:	14,9 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %
Observação Série Vermelha:			

SÉRIE BRANCA

		Leucócitos Totais:	6.200	Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm ³
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes	0	0	0 a 5	0 a 500
Segmentados	62	3844	40 a 70	1.600 a 7.000
Eosinófilos	2	124	0 a 5	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	0 a 100
Linfócitos				
Típicos	32	1984	20 a 35	800 a 3.500
Atípicos	0	0		
Monócitos	4	248	2 a 10	80 a 1000
Observação Série Branca:				

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 130.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Medico: DIEGO VARELA
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: AMARELA

Nascimento: 03/08/1977 Idade: 40 Sexo: M
Cod. Pac.: 141457.1 Protocolo: 35852
05/09/2017 10:01:26
Leito: 3

HEMATOLOGIA

TEMPO PROTROMBINATROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

10,7 segundo

Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE

Método: QUICK

10 segundos

Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA

86 %

Referencia: 75 a 100 %

INR

1.08

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO

Material: PLASMA - CITRATO

Método: BEL E ALTÓN

27,3 segundos

Referencia: 25 a 35 segundos

Relação Plasma
Paciente/Normal
Referencia: 0,9 a 1,2

marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

marcela.lima.0111
20/12/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26-NOV-2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Médico Requisitante: DR. JOÃO H. SUASSUNA LAUREANO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Cidade: 40 ANOS
Data: 04/09/2017
Comanda: 42009

GLICEMIA DE JEJUM

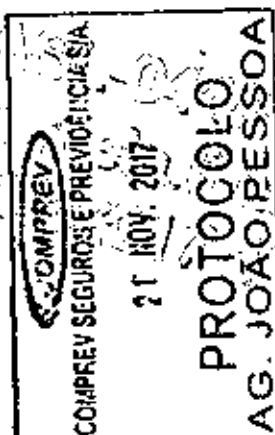
Amostra: Soro
Método: Enzimático/ Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 94 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dl

10,0 a 99,0 mg/dl



Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pelo SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 9913-1408 / 3421-5469 / 9 9611-1712

CÓPIA

2036

GOVERNO
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSE LITO SOARES DO NASCIMENTO
Medico: JOAO H. SUASSUNA LAUREANO
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: AMARELA
Nascimento: 03/08/1977 Idade: 40 Sexo: M
Cod. Pac.: 14145 Protocolo: 35767
Leito: 3
Data: 04/09/2017 Hora: 10:57:53

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm3	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm3
Eritrócito:	4.050.000 /mm3		
Hemoglobina:	11,6 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito:	36,4 %	40 - 54 %	37 - 47 %
C.M.:	91,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	29,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	32,0 %	31 - 38 %	31 - 36 %
R.D.W.:	15,1 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %
Observação Série Vermelha:			

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais:	7.700	Valores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm3	
Mielócitos	0	0	0
Metamielócitos	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes	0	0 a 5	0 a 500
Segmentados	64	4928	40 a 70 - 1.600 a 7.000
Eosinófilos	2	154	0 a 5 - 0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1 - 0 a 100
Linfócitos			
Típicos	30	2310	20 a 35 - 800 a 3.500
Atípicos	0	0	
Monócitos	4	308	2 a 10 - 80 a 1.000
Observação Série Branca:			

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 140.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia
Metodo: AUTOMATIZADO

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA
31 NOV. 2017
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

CÓPIA

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Medico: JOAO H. SUASSUNA LAUREANO
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: AMARELA

Nascimento: 03/08/1977 Idade: 40 Sexo: M
Cod. Pac: 14145 Protocolo: 35767
04/09/2017 10:57:53
Leito: 3

HEMATOLOGIA

TEMPO PROTROMBINA/TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

10.7 segundo

Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE

Metodo: QUICK

10 segundos

Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA

86 %

Referencia: 75 a 100 %

INR

1.08

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO

Material: PLASMA / CITRATO

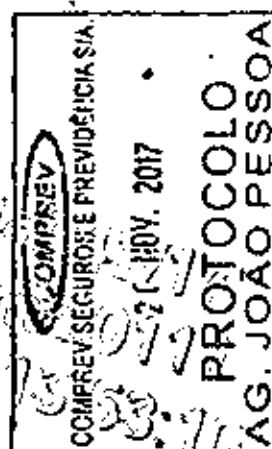
Metodo: BEL E ALTON

28.6 segundos

Referencia: 25 a 35 segundos

Relação Plasma
Paciente/Normal
Referencia: 0.8 a 1.2

Livina Saldanha
Biomédica
CR 15112



CÓPIA

CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr. Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvido, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421-3444 -

993424242 / 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann III). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurossensorial em ouvido esquerdo, em agudos (grau moderado).

CID: H95.0
G51

Patos, 18 de Setembro de 2017

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

ASL-04480431

marcela.hina.0111

20/12/2017 13:53:10

CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr: Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr: Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvido, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421- 3444 -

993424242- 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

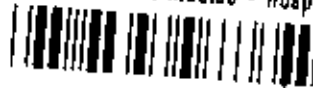
RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann III). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurossensorial em ouvido esquerdo, em agudos (grau moderado).

CID: H95.0

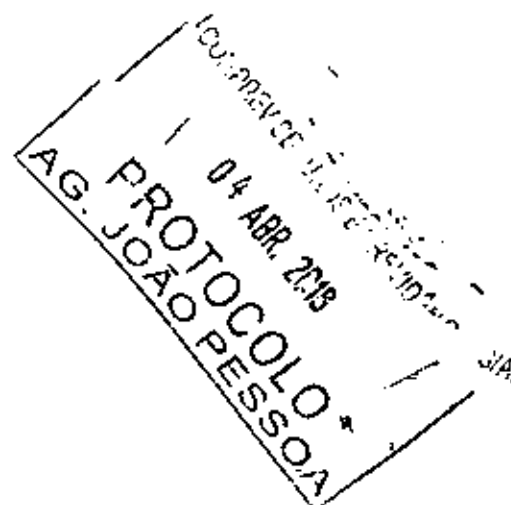
G51

Documentação médico - hospitalar



Patos, 27 de Março de 2018

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352



CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr. Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvindo, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421-3444 -

993424242- 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

AUDIOMETRIA TONAL LIMINAR

Data: 27/03/2018

Idade: 40 anos e 7 meses

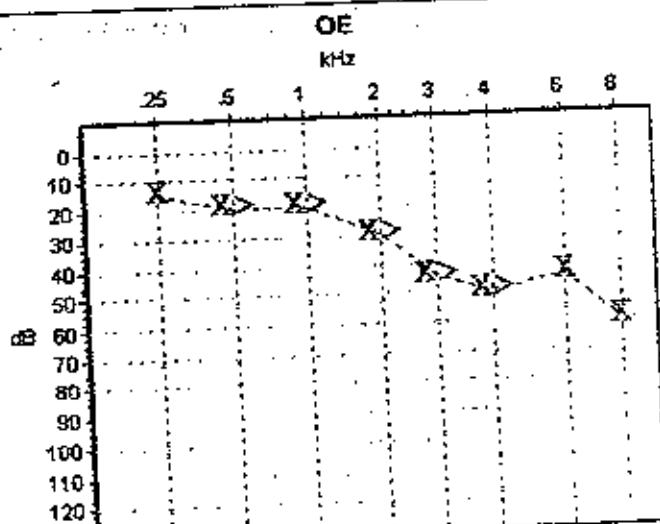
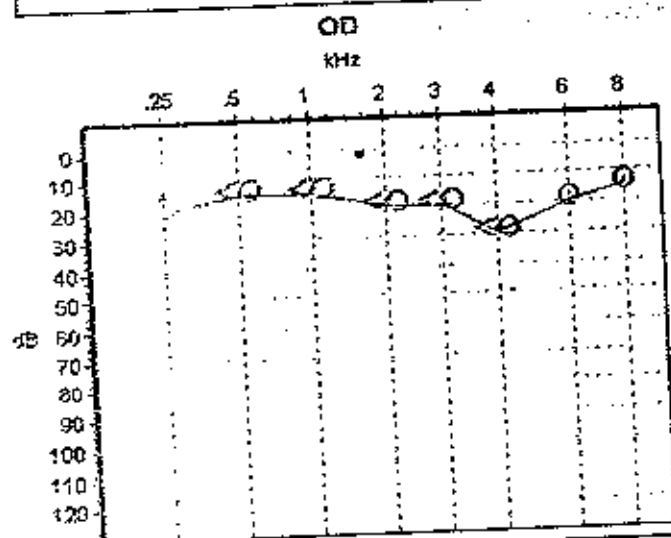
Solicitante:

Paciente: Joselito Soares do Nascimento

Equipamento:

Data da Aferição:

Data da Calibração:



Limiar									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA	20	15	15	20	20	30	20	15	dB
VO		15	15	20	20	30			dB

Nível de Mascaramento									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA									dB
VO									dB

IRF						
	MONOS			DISSIL		
OD	65	dB	95	%	0	%
OE	70	dB	68	%	0	%

RINNE		
kHz	.25	.50
OD		
OE		

Limiar									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA	15	20	20	30	45	50	45	60	dB
VO		20	20	30	45	50			dB

Nível de Mascaramento									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA									dB
VO									dB

WEBER					
kHz	.25	.50	1	2	4

LRF		
OD		dB
OE		dB

Conclusão:

PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL ISOLADA EM 4KHZ EM OUVIDO DIREITO.
PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL A PARTIR DE 2KHZ EM OUVIDO ESQUERDO.

04 ABR 2018
PROCOLO
JOÃO PESSOA

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352

SECRET
DEPT. OF DEFENSE

MEMORANDUM FOR THE SECRETARY OF DEFENSE
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

4. [Illegible]

5. [Illegible]

6. [Illegible]

7. [Illegible]

8. [Illegible]

Data [Illegible]

03 APR 2 1973
PROTOCOL
JAG JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

DECLARAÇÃO DE INTERESSE
9: ABR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012987 **Cidade:** Cacimba de Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012987 **Cidade:** Cacimba de Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25° DA EXTENSÃO EM 20° E DO DESVIO ULNAR EM 8°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM PUNHO ESQUERDO (2+/4+), SINAIS DE NEURO ALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR PRINCIPALMENTE DURANTE A EXTENSÃO. ALÉM DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO ANTERIOR DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2017 COM A REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 FIOS DE KIRSCHNER, APÓS UM PERÍODO DE 2 DIAS FOI OBSERVADA A PERDA DE REDUÇÃO DE FRATURA E FOI REALIZADO NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE PLACA EM T 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, PERMANECU COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO ÁXILO PALMAR POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. PACIENTE ATUALMENTE ENCONTRA-SE COM SEQUELA EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA INTENSA. COMPLICAÇÕES: APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR PACIENTE ENCONTRA-SE COM SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012987 **Cidade:** Cacimba de Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OUVIDO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° E DA FLEXÃO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 6°, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR IMPORTANTE (3+/4+), DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA GRAU II, ALÉM DE EDEMA RESIDUAL EM DEDOS CORRESPONDENTES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ATUALMENTE SEGUE COM SEQUELA EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA INTENSA E EM OUVIDO ESQUERDO DE FORMA MODERADA.

Sequelas permanentes: PACIENTE ATUALMENTE SEGUE COM SEQUELA EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA INTENSA E EM OUVIDO ESQUERDO DE FORMA MODERADA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/05/2018

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 2096607 CPF: 022.043.034-96
 Endereço: R. Capital de Renda, Km 01, Sítio - Passagem

OUTORGADO:

Nome: Emmanuela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Tilico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Patos-PB, 27/10/2017

Local e data

JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

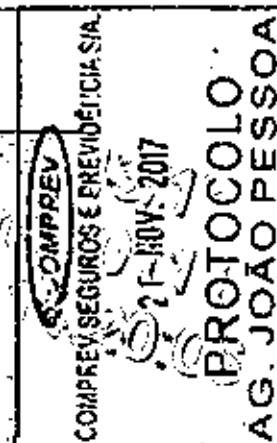


CARTÓRIO CARLOS TRIGUEIRO
 Rua: Peregrina Faria, 130 - Centro - Patos - PB - Cep: 58700-490
 Telefone: (33) 3421-3701/3421-3423
 E-mail: cartorio@cartorioscrl.com.br

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) do:
 JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO.

Patos-PB, 27/10/2017
 Eu, Emmanuela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo, de idade, Dou 40,
 Escrevente: CLARA LOPES COSTA DE MENDONÇA SILVA
 Selo Digital: PF25223.LBL
 Confira em <https://seledigital.1fab.jus.br>

Fol. 01, 23 de 02, 28 Faren 020, 27 e 01, 70 de 020, 16



COPIA

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987

Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180012987**.

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 12197497



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987

Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180012987**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12200531



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987

Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180012987**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12296358



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180012987

Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180012987** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180012987

Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180012987** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 30 de Março de 2018

Carta nº: 12592907

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 000000160070-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180012987

Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180012987** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 21 de Maio de 2018

Carta nº 12830474

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180012987 ASL-0497216/17
Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data Acidente: 02/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA
ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139392

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000015082-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



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.seguradora lider.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").

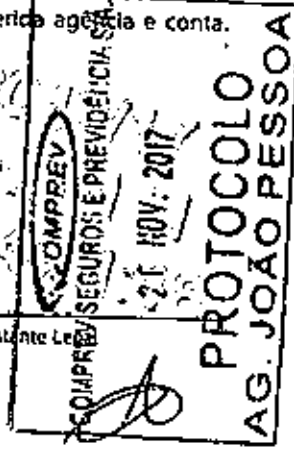
Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 022.043.034 - 96	Nome completo da vítima Joselito Soares do Nascimento
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL					
Nome completo Joselito Soares do Nascimento		CPF titular da conta 022.043.034-96		Profissão Agricultor	
Endereço Rua Cap. Pedro Passal		Número 526		Complemento Casa	
Bairro Centro	Cidade Passagem	Estado PB	CEP 58734-000		
Email emmanoela@hotmail.com.br			Telefone (DDD) (83) 9 9655-9484		
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\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção). ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRQ 0043	DV 9	CONTA NRQ 00160070	DV 9	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRQ _____	
(Informar dígito se existir)		(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.

Local e Data Passagem - PB 31 de Outubro de 2017 Assinatura do Beneficiário Joselito Soares do Nascimento Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Assinatura do Representante Legal Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
---	--



COPIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 27/10/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA: EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 4982 PORTAL DO SERTAO
PERIODO: 27/10/2017 ATE: 27/10/2017

OPER: 013 CONTA: 15-082-0
CPF: 022.043-034-96

NOME: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
DATA MOV: NR DOC HISTORICO TAXA

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

F1 AJUDA
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIOR

F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANÇAR PAG.

TEF38F7D
F12 FINALIZAR

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
27 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG- JOAO PESSOA

Date: 27/10/2017 Time: 12:43:32

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

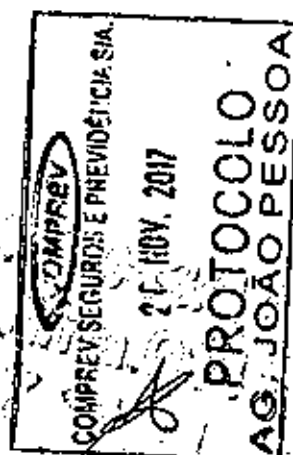


ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Plantão Centralizado de Patos/PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Rua Bóssuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410. Tel: (83) 3423-2553

Boletim de ocorrência



CERTIDÃO - ADITAMENTO
CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 5097/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos VINTE E SETE (27) dias do mês de OUTUBRO do ano DOIS MIL E DEZESSETE (2017), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. (a) DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO, Brasileiro, (a), RG 2096607 SSP/PB, CPF 022.043.034-96, data de nasc. 03/08/1977, natural de Passagem/PB, Filho (a) de Antonio Braz do Nascimento e de Maria Martins do Nascimento, residente na Rua Cap. Pedro Rafael, nº 526, bairro centro, Passagem/PB, Tel. (83) 9.8121.8410, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 03/09/2017, por volta das 16:00 horas, conduzia a motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, placa OGC-1793/PB, Renavam 01074062229, chassi 9C2JC41109R023714, Licenciada em nome de Francisco Soares do Nascimento, quando na saída de Cacimba de Areia/PB, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB; Que, devido o acidente, quebrou o braço esquerdo, e ficou com problema de audição, Obs.: informo que houve equívoco, não percebido na digitação, referente a data do fato ocorrido, onde a data correta é: 02/09/2017.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

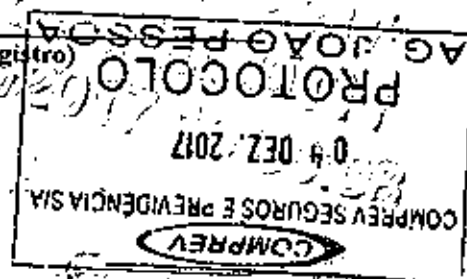
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Josefito Soares do Nascimento

Patos/PB, 29 de novembro de 2017

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Ana Mª da C. Leandro
Mat. 138.428-7



CÓPIA