

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima
RG: 4048430 Órgão Emissor: SSD 5 / PB CPF: 117.496.244-51
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Severina Gomes Santo Nº 73
Bairro: União Nova Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Thyago Glaydson Leite Carneiro
RG: 2.897.048 Órgão Emissor: SSP / PB CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro Nº 512
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (33) 99660-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, 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, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima

CPF: 117.496.244-51 Data do Acidente: 26 / 06 / 2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Pombal, 20 de dezembro de 2019.

Local e data



Caio Rangel da Silva Lima

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. da verdade Dou fé.
POMBAL-PB, 20/12/2019.

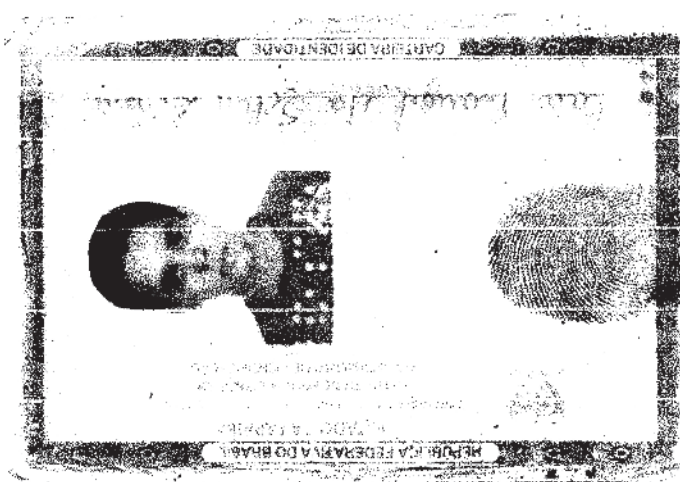


ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal E-AJN46749-600Q
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,89 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 0,00



Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registro e Imóveis
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefix: (83) 3431-2175 - Pombal-PB





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.048.430 DATA DE EMISSÃO 30/04/2012

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

FILHO DE JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO
CLEONICE DA SILVA GARRIDO

NACIONALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 17/03/1996

CPF 117.496.244-51 N° 28318 FLS. 300 LIV. A-26
CARTÓRIO POMBAL-PB

SIGNATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.166 DE 2008

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638681321

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638681321

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF 117.496.244-51 DATA DE NASCIMENTO 17/03/1996

FILHO DE JOSÉ ANTONIO DE LIMA
CLEONICE DA SILVA GARRIDO

1ª EMISSÃO 23/02/2017

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSÃO 03/04/2018

1408909666
PB03608823

PARAIBA





CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-370
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL Nº 160572629
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20191239656993

SEGUNDA VIA

MATRÍCULA
03965699.3

CLIENTE

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
03965699.3

INSCRIÇÃO

112.005.305.0203.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73 - VIDA NOVA I POMBAL PB 58840-000

CPF/CNPJ:

117.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
24/12/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

FATURA
12/2019

ÚLTIMOS CONSUMOS

11/2019 -	6-30	10/2019 -	6-30
09/2019 -	6-30	08/2019 -	6-30
07/2019 -	6-30	06/2019 -	6-30

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	6	H 30 5306

ÁGUA
LIGADOESGOTO
POTENCIAL

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

CONSUMO/DIA

3589

3589

(M³)

DIAS

(M³)

11/11/2019

11/12/2019

6

30

0,20

NºHm: A925025160

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.

10/2019

JUROS DE MORA

10/2019

6 M3

37,91

0,77

0,20

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,71

TOTAL

R\$

38,88

SR. USUARIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
 COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
 CASO TENHA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: 900328

Emitido em: 02/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA

03965699.3

INSCRIÇÃO

112.005.305.0203.000

FATURA
12/2019NÃO RECEBER APÓS
31/12/2020

VENCIMENTO

24/12/2019

VALOR R\$

38,88

GRUPO: 640

FIRMA: 2

82610000000-7 38880010112-2 03965699301-9 12201930003-4





AMATEL 1331



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
PROTOCOLO DE ACIDENTES: 19033720801

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio:
www.prf.gov.br/novobat/consultar
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ
de um dos envolvidos no acidente; e
Clique em imprimir.
Em caso de dúvidas acesse www.prf.gov.br e
Selecione Acidentes de Trânsito.

ATENÇÃO:

Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o sítio
www.dpvatseguro.com.br. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN.
Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado,
antes de fazer reparos no veículo.





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19033720B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de

191







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 406,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perímetro urbano, colidiu transversalmente com V2 que seguia na rodovia no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2. Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h.- O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal.- O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente.- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia.- A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito.- Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por está com o licenciamento vencido e V1 por não



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





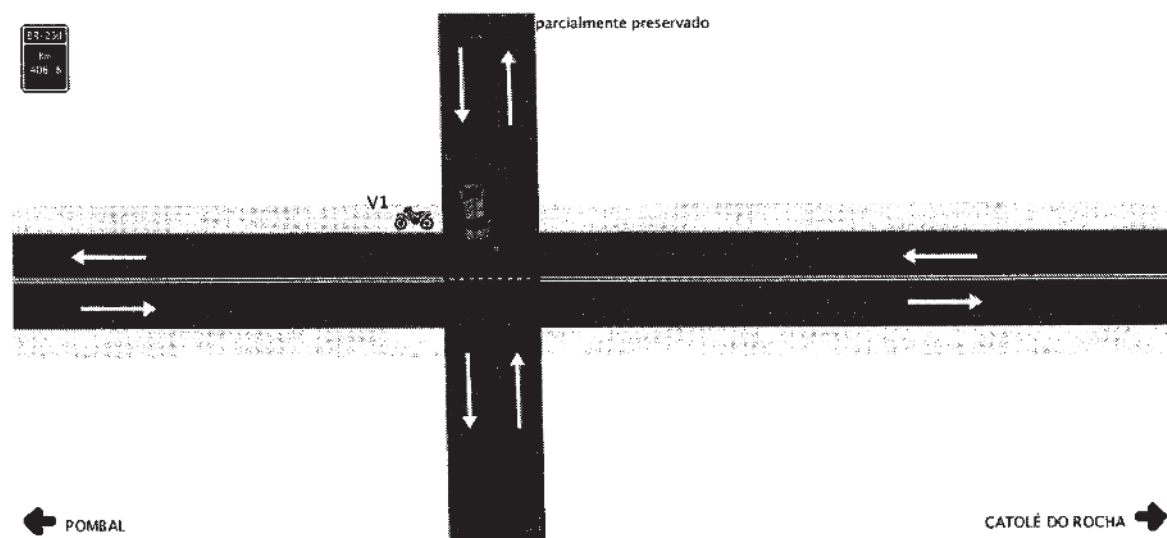
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

possuir restrições foi entregue ao pai da vítima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possível realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indícios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

Placa: PFP4118 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Renavam: 00341499307
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KC1650BR536463 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho ,
CPF 805.560.434-72



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD
Nome do Agente: R. CRUZ

Placa: PFP4118
Matrícula do Agente: 1969527

Nº BOAT: 19033720B01
Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias

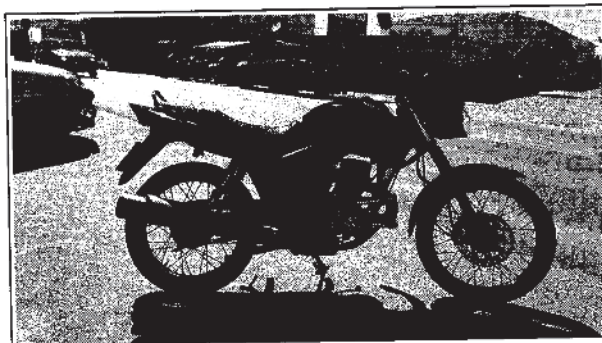


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

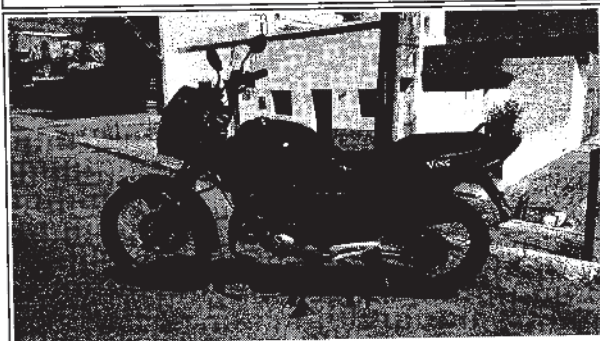


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

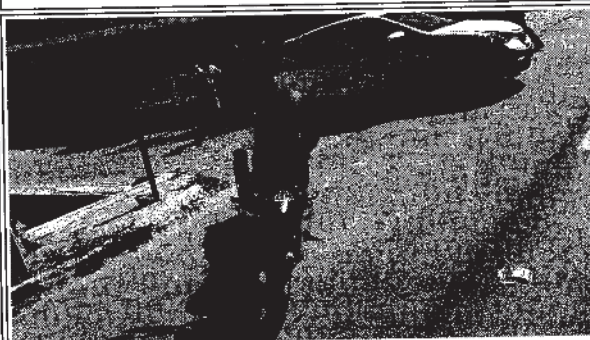


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Proprietário

Nome: LEANDRO GOMES ALVES
Email:
Endereço: BREJINHO-PE

CPF/CNPJ: 093.572.414-18
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

V1C - Informações

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
CPF: 117.496.244-51
Sexo: Masculino
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 17/03/1996
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 23/02/2017
Vencimento da habilitação: 12/09/2021

Nº Registro: 06801549056
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB
Telefone: 83999331883
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PNV7840 Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9BRK19BTXJ2106262
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Renavam: 01137411225
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO .



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT
Nome do Agente: R. CRUZ

Placa: PNV7840
Matrícula do Agente: 1969527

Nº BOAT: 19033720B01
Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

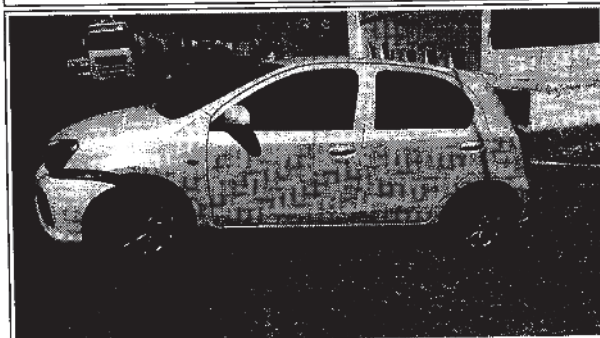


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1999527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO
Email:
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

CPF/CNPJ: 038.669.643-82
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA
CPF: 100.308.174-63
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 20/04/1993
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 13/02/2017
Vencimento da habilitação: 09/11/2021

Nº Registro: 06793630451
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB
Telefone: 83099673508
Email:



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

VISTO
[Assinatura]
Comandante 2ª CBM/6ºBBM
del Alves Leite - CAP QOBM
Mat: 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante “O Carreteiro”, na cidade de Pombal/PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 08h00min#####

RELATO DO EVENTO: Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma ocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tíbia e fíbula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE #####

SOCORRISTAS: SD BM MATR. 526.097-3 **HARYSON SOUZA SANTOS**
SD BM MATR. 526.065-5 **LEANDRO GALDINO AMORIM**
SD BM MATR. 526.067-2 **DAIVSON MOREIRA GARCIA**

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 873.259.004-06.

[Assinatura]
George Souza de Almeida
SGT BM Matr 519.718-0

Pombal, 22 de julho de 2019.

GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

ACIDENTE DE MOTO
26/06/19



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: CASO RANGEL DA SILVA LIMA
COR: PARDA DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1996 IDADE: 23 SEXO: M
NOME DA MÃE: CLEONICE DA SILVA GABRIEL PROFISSÃO: ALTO ALMO
CARTÃO DO SUS: 700 2065 4170 6220 RG/CNH: 4048430
MUNICÍPIO: POMBAL ENDEREÇO: RUA SEVERINO GOMES COUTO Nº 72
ESTADO: PB CEP: 58.840-00 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 26/06/2019

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO:

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

Prescrit com Tratamento de Tórax
e Furo D

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Imobilizadores
2° Volifen 75 mg 12/12 08:50
3° Dipriven 600 08:50
4° Defalestano 1g 4x 08:50
5° Defalestano 1g 4x 08:50
6° Defalestano 1g 4x 08:50
7° Defalestano 1g 4x 08:50
8° Defalestano 1g 4x 08:50
9° Defalestano 1g 4x 08:50
10° Defalestano 1g 4x 08:50
11° Defalestano 1g 4x 08:50
12° Defalestano 1g 4x 08:50
13° Defalestano 1g 4x 08:50
14° Defalestano 1g 4x 08:50
15° Defalestano 1g 4x 08:50
16° Defalestano 1g 4x 08:50
17° Defalestano 1g 4x 08:50
18° Defalestano 1g 4x 08:50
19° Defalestano 1g 4x 08:50

Flavio Jordany B. Candido
Enfermeiro
COREN 1500 077





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: _____

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

Endereço

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **R. SEVERINO GOMES SOUSA**

Bairro: **SANTA ROSA**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

N.: 73

Documentos

CNS: **700-2063-4170-6220**

Identidade: **4048430**

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento **17/03/1996**

Cor: **BRANCA**

Estado Civil: **N.INF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: _____

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

*Dois pontos de umbilical lobulado com
cabo arterial. Parto em termo sem
complicações*

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

*Do + externo + 2 pontos de
sutura em parte (D)
parte da Fibula*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Na do joelho OP/P.

agnóstico:

Prosteta Fechado dos Oms do Peroneo (D)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: **FATIMA**

Em, _____
Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: _____

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

Endereço

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **R. SEVERINO GOMES SOUSA**

N.: 73

Bairro: **SANTA ROSA**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

Documentos

CNS: **700-2063-4170-6220**

Identidade: **4048430**

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento **17/03/1996**

Cor: **BRANCA**

Estado Civil: **N.INF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: _____

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

*Relato do paciente sobre a lesão
que ocorreu durante um jogo de futebol
no dia 25/06/2019.*

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

*Do + exame + 7 pontos de
avaliação em joelho (D)
sem dor, sem inchaço.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RAIO X JOELHO RP/PP.

agnóstico:

Lesão fechada dos OMO do Perno (D)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: **FATIMA**

Em, _____
Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 CRM-RN 9800



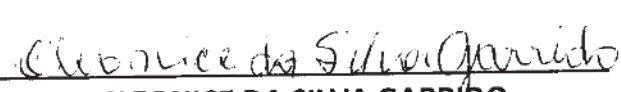


REQUERIMENTO

Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**, portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**.

Pombal, 27 de maio de 2019.

 16-07-2019
CLEONICE DA SILVA GARRIDO
RG Nº 1592351/SSP-PB





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

4 - PRONTUÁRIO

38043

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-2063-4170-6220

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/03/1996

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

R. SEVERINO GOMES SOUSA

Nº: 73

13 - BAIRRO

SANTA ROSA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 Cód IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente intimo do quadril de neta, com dor e deformidade na perna direita. N.º. em alteração

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Recomendação de cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura da tíbia

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Torniquete cirúrgico de OMS da tíbia

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Ortopedia

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Urgência

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

027.182.184-98

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

07/07/19

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 00046471

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019




Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta
origem: 0732 / 013 / 00019936-4

Conta
destino: 0732 / 013 / 00046471-8

Nome
destinatário: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor (R\$): 

Data de
débito: 14/01/2020

Data/hora
da
operação: 14/01/2020 10:10:06

Código da
operação: 24242773

Chave de
segurança: A9605VHHRH1MGVUE





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Caio Rangel da Silva Lima
RG nº 4048430, data de expedição 30/04/12
Órgão SSPS/PB, portador do CPF nº 117.498.244-51
com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Severino Gomes Souto, nº 73
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
Caio Rangel da Silva Lima, cujo o condutor era
Caio Rangel da Silva Lima
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES Ano: 2011
Placa: PFP 14118 Chassi: 9C2KC1G50BR536463
Data do Acidente: 26/06/19

Local e Data: Pombal, 26 de dezembro de 2019.

Caio Rangel da Silva Lima

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. da Verdade. Dou Fé.
POMBAL-PB, 20/12/2019.



ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização (tipo Normal B-AJN48748-3URQ)
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,80 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 0,00



Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 014666191158
53166177453	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA 1	PRT 20190900006635-5 COD. RENAVAM 0034149930-7
RNTRC 00/00000000	
NOME/ENDEREÇO CAIO RANGEL DA SILVA LIMA R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA NOVA VIDA 58840000 POMBAL - PB	
CPF/CNPJ 11749624451	PLACA PFP4E18/PB
NOME ANTERIOR LEANDRO GOMES ALVES	
PLACA ANT./UF PFP4118/PB	CHASSI 9C2KC1650BR536463
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD	ANO FAB. 2011
ANO MOD. 2011	COR PREDOMINANTE PRETA
CAP/ROT/CIL 2-P/149 /CI	CATEGORIA PARTIC
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO N. Motor : KC16E5B536463	
LOCAL POMBAL - PB	DATA 28/11/2019
39608	38857



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 014666191153
CERTIFICADO DE REGISTRO E ENCAMINHAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 00341499307 00/00000000 2019

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

PLACA 11749624451

CHASSI PF4118-PE-9C2K1650BR536463

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

ANO FAB 2011

ANO MOD 2011

CATEGORIA 2

PARTEIC PRETA

VENC COTA ÚNICA 1

VENC COTAS 2

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 22/11/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

POBAL-PB

DATA 28/11/2019

38857

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VULGARES, EXISTENTES OU POR SUAS CARGAS, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB Nº 014666191153 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 11749624451

OPF / CNPJ 00341499307

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 28/11/2019

PLACA PF4118-PE

RENDAVA 00341499307

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2011

ANO MOD 2011

CHASSI 9C2K1650BR536463

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

TOTAL A SER PAG. SEGURADO (R\$) *****

P A G O

DATA DE OUTUBRO 22/11/2019

COITA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

38857-09222233-20191128

6102-2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
Nº 013932260898
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 341499307 COD. RENAVAM R.N.R.C. EXERCÍCIO
1 341499307 ***** 2018

LEANDRO COMES ALVES

BREJINHO-PE

CPF / CNPJ

093.572.414-18

PLACA

FFP4118

PLACA ANT. / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KCI650BR536463

ESPECIE TIPO

VEICULO

COMBUSTIVEL

ALCOOL/GASOLINA

MARCA / MODELO

BOMBA/CG 150 TITAN RSD

ANO FAB. / ANO MOD.

2011 / 2011

CAP / POT / CL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2E/149CL

PARTIC

PRETA

COPIA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

1 IFVA 2018 QUITADO

1 2 3

P 1 FAIXA L.P.V.A.

2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEDE RESERVA

OBSERVAÇÕES

BREJINHO

18/02/18

Assessoria de Imprensa
Diretor Presidente - DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PE SÓCIS CESSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013932260898 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LEANDRO COMES ALVES 56740-000

CS BREJINHO-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 18/02/18

CPF / CNPJ

093.572.414-18

PLACA

FFP4118

RENAVAM

341499307

MARCA / MODELO

BOMBA/CG 150 TITAN RSD

ANO FAB.

2011

CHASSI

9C2KCI650BR536463

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEVAT/TRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FNQ (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL (R\$) RSD SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.999.999/0001-44

DESCRIÇÃO E QUANTO O BILHETE DPVAT

EMO E DE FORTE CARICATÓRIO

OUT. 2017

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20Horas**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; **Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone:** 83 9 99552672/ 999671594/ **Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.


Pombal – PB, **24 de JULHO de 2019.**

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: Willis Pereira da Silva


Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 155345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim:







ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; **Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone:** 83 9 99552672/ 999671594/ **Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João Monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante; Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato; Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de dezembro de 2019.

OBS.: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antonio de Lima Filho

Breitner da Silva Lunguinho
GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRICTAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD
Agente de Investigação / Matrícula 168.350-1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABWEB/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 Thyago Glaydson Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Guilherme Romagosa da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIZADA da Vítima Guilherme Romagosa da Silva Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244 / 51, 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: <u>Rua Coronel João Carneiro</u>	Número: <u>510</u>	Complemento: <u>1º andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>55540-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99660-7071</u>

Local e Data: Pombal, 07 de Janeiro de 2020.

Thyago Glaydson L. Carneiro
Assinatura do Declarante







Whitney Johnson Co. Danbury

000679A6081

09889542

CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
CENTIDADE DE ADVOGADO

941

THYAGC 3L4YDSN L E T E C A R N E R C

2007

ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

POWELL JR
STATION
DATE RECEIVED
10-06-1984

[illegible]2 897 043 - SP. 69
057 814 794-06

10.5.11 25075: 20 80950

MAC 08/09/2017 02:39/2017

How much water will be lost?

DOON RIVER RRA CAVALLANTT SOUTHERN
PASADENA

Número do documento: 20020410322411300000026952618

BOLETO 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. 16.016.823-0

Nº 033.986.101

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
POMBAL

5/1106327-8

NOV/2019

11/11/2019

295

19/11/2019

R\$ 258,35

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019				
Pagador: THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF: 057.614.794-00				
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008457872	001106327201911	19/11/2019	R\$ 258,35	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568	
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO			
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE		38043	
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA / COR
700-2063-4170-6220	17/03/1996	M	BRANCA
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE	
CLEONICE DA SILVA GARRIDO			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO		13 - BAIRRO	
R. SEVERINO GOMES SOUSA		SANTA ROSA	
N.: 73			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE			
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente vítima de queda de moto, com dor e deformidade no punho direito. No. em observação			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Deformidade de punho			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx.			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura do 5º metacarpo @			

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD PROCEDIMENTO	
Torniquete e imobilização do punho da mão direita			
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Ortopedia	Ortopedia	() CNS (x) CPF	027.187.184-93
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)
		07/07/19	Dr. Tullio Alberto de O. Souza Diretor Clínico / CRM 9251 CNS: 206522652210017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL		
() CNS () CPF			
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
/ /			







Nome: Rafael Rangel da Silva Lima
 Filiação: Eleonora da Silva Garrido
 Sexo: Indo Idade: 23 Cor: _____
 Procedência: E. Cirúrgica Data: 04/07/19
 Cirurgião: Dre Auxiliar: _____
 Anestesista: De Geraldo Anestesia: _____
 Início da anestesia: 11:44 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: 13:00 Término: _____ Duração: _____

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jeico 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparradrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	12
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	100ml
PVPI degermante	08 rolos
Algodão ortopédico 12cm	03
Faixa de smarch	12
Atadura de crepom 15cm	06
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	05
Agulha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	03
Fio nylon 3-0	06
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	05
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	-
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	10ml
Servoflurano	05
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	01
Tube endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	

Stefani Mony L. de Souza Diogo
 Enfermeira
 COREN-PE 267-679

0 99667 1594



Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01



Hospital: HAPSA		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome: Caio Rangel da Silva Almeida		Idade: 33	Sexo: M	Altura	
Data: 04/07/19		Pressão Arterial Pulso: 110/70	Respiração	Temperatura	Peso
Pro Bengueño	Hemóclia	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria
Urina				Outros	
Ap. Respiratório: sem alterações				Aorta	
Ap. Circulatório: sem alterações				Bronquios	
Ap. Digestivo: sem alterações				Eletrocardiograma	
Estado Mental: consciente, orientado, colabora				Ap. Urinário: sem alterações	
Diagnóstico Pré-Operatório				Alergia	
Anestésia Anterior				Hipertensão	
Medicação Pré-Anestésica: Diagnóstico de Anestesia Geral				Estado Físico	
Aplicado às: 11:00				Risco	
AGENTES ANESTÉSICOS	02				
LO					
TOUJO P.V. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO e ANESTESIA OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					
POSIÇÃO		Supino			
Agentes		Desatolol, Propofol, Sufentanil, Atracurium			
Técnicas		Baruer e de Lata			
Operação		Procedimento cirúrgico de fratura no membro D.			
Cirurgião		Dr. J. J. J.			
Anestésistas		Dr. J. J. J.			
Observações					

FOLHA DE ANESTESIA

Dr. Geraldo A. de Assis Junior
CPF: 204.667.94-00
CRM: 2711
CNS: 12000744600007



Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Rafael da Silva Lima
Cirurgia Proposta: anexo de tórax Unidade de origem: HRD Data: 04 / 07 / 19
Modalidade: ☒ Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none">• Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Sítio cirúrgico demarcado<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica• Consentimento e avaliação anestésica<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Consentimento cirúrgico<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Consentimento transfusional<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica• Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Horário <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não• Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaHorário <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não• Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Início <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não• Exames<input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia• Retirado prótese e adornos?<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Tipo de precaução<input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso<input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> AerossóisEnf/Tec.enf. <u>Supn/Gas</u>	<ul style="list-style-type: none">• Confirmação sobre o cliente<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente<input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento anestésico e cirúrgico<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico certo• Montagem da SO de acordo com o procedimento programado<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Revisão dos equipamentos de anestesia<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes<input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2<input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input type="checkbox"/> Ambú<input checked="" type="checkbox"/> Guedel <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador<input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal• Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)?<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Reserva sanguínea?<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Acesso venoso adequado e pérvio?<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Não• O cliente tem alergia?<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoObs.: _____	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionaisStaff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não2º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoAnestesiista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirculante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Cirurgiões, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam:<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado• Placa de eletrocautério<input type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica• Uso de antibiótico profilático<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Exames de imagem estão disponíveis<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Revisão do cirurgião. Passos críticosDuração estimada / Possíveis perdas sanguíneas<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Revisão do anestesiista<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoObs.: _____	<p>Procedimento realizado: <u>anexo de tórax</u></p> <ul style="list-style-type: none">• A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta?<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida?<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica• Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:Cirurgião _____Enfermagem _____Obs.: _____Ass.: <u>Thiago Glaydson Leite Carneiro</u> EnfermeiraCOREN-PB 267-679



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB-05

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA: <u>26-06-19</u>	OCCORRÊNCIA Nº: <u>0011</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>QTA</u>	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	

MOTIVO DO TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____
☐ APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OCCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO

☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☒ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO
☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL

*TIPO DE AGRAVO:

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ AGRESSÃO ☐ LESÕES TÉRMICAS
☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRICO
☐ DESABAMENTO ☐ PSIQUIÁTRICO
☐ ELETROCUSSÃO ☐ AFOGAMENTO
☐ F.A.B ☐ QUEDA
☐ F.A.F ☐ QUEIMADURA

*ANTECEDENTES:

☐ AIDS ☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ ALCOOLISMO ☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC ☐ DROGAS
☐ CONVULSÕES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CIRURGIAS ☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ DIABETES ☐ MEDICAMENTOS:
☐ DOENÇA CARDÍACA

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

AVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
P.A.: _____ X _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C - HGT _____ SpO2 _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:



MATERIAL UTILIZADO

S.C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

PRIVANAS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: _____

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA
☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS
☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A
☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO
☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS): _____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Aline Galvão COREN: 533-289 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR SOCORRISTA: Fabiano MAT: _____





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		LEITO	
OPERADOR	1º AUXILIAR		
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO			
T.P. OPERAÇÃO			
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			

Nome do Paciente: *CELO NARCIZO DA SILVA*

Data da Operação: *04/02/19*

Operador: *Dr. Tjago*

1º Auxiliar: *Dr. Gerson*

2º Auxiliar: *Dr. Gerson*

3º Auxiliar: *Dr. Gerson*

Anestesista: *Dr. Gerson*

TIPO DE ANESTESIA: *Dr. Gerson*

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO: *Furto de osso do pé direito*

T.P. OPERAÇÃO: *Tumor da cavidade de pé direito*

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO: *O mesmo*

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA: *DRS: AMPLASIA NA*

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: *DRS: AMPLASIA NA*

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: *DRS: AMPLASIA NA*

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS:

1. *Ampliação da cavidade*
2. *Ampliação da cavidade*
3. *Ampliação da cavidade*
4. *Ampliação da cavidade*
5. *Ampliação da cavidade*
6. *Ampliação da cavidade*
7. *Ampliação da cavidade*
8. *Ampliação da cavidade*
9. *Ampliação da cavidade*





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE <i>OTIO RIVERA DE JESUS</i>		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO <i>09/09/19</i>	ENF.	LEITO	
OPERADOR <i>Dr. TULLO</i>	1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR		
ANESTESISTA <i>Dr. LINDHEIT</i>		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO <i>fo x opor do Pomo (D)</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO <i>Prostomia curativa x fo x fixado (D)</i>			
DIAG. ETICO PÓS- OPERATORIO <i>O mesmo</i>			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			
<i>Porto em DDH fo3 manuseado curativo e drenagem x fixo por via abdominal incisão longitudinal fo3 manuseado curativo apertado por Pomo apertado o fo3 manuseado drenagem fixado com 1 Poma 1/2 cm + 6 pontos apertado com 1 Poma curativo</i>			

Dr. Tullio Alberto de S. Souza
Otorrinolaringologista
CRM-PA 9251 / CRM-RN 9800



fibula esquerda

Nome: Caro Rangel da Silva Junior
 Filiação: _____
 Sexo: M Idade: 23 Cor: Pardo
 Data: 07/07/19
 Procedência: _____
 Cirurgião: Dr. Tulio Auxiliar: M. Abimete
 Anestesista: Dr. Sidelmonte Anestesia: Raque
 Início da anestesia: 9:00 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 10:15 Duração: _____

Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	80cm
Esparradrapo	07
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	12
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo áculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	100ml
PVPI degermante	08 rolos
Algodão ortopédico 12cm	03
Faixa de smarch	12
Atadura de crepom 15cm	06
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5"/3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	05
Agulha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	03
Fio nylon 3-0	06
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	05
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	-
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	10ml
Servoflurano	05
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	01
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	

Calidiana Pereira de Melo
 Enfermeira
 COREN-PB 274.137

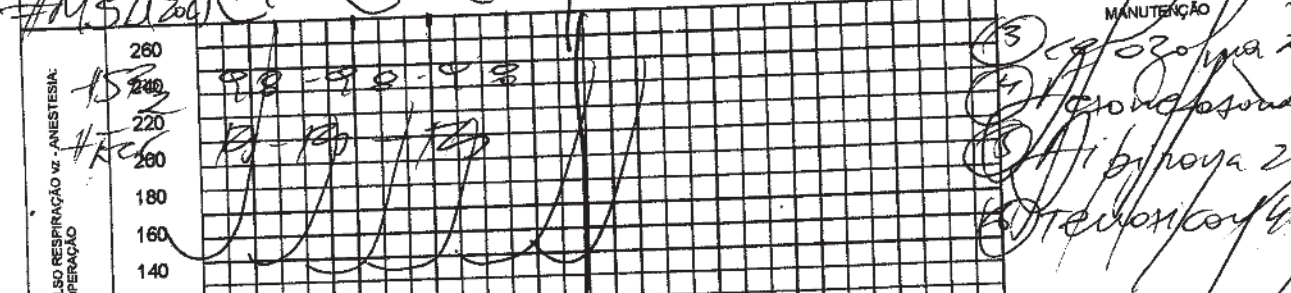


FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Idade		Sexo	Altura	
Respiração		Temperatura		Peso		
Urela		Outros				
Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		
Hemátias		Urina				

Ap. Respiratório	Ap. Circulatório	Ap. Digestivo	Estado Mental	Diagnósticos Pré-Operatório	Asma	Bronquite
UN @ SRA	BONE RCRZIS	Fg JM	NOTA	(9 - 10:15h)		
Anestésias Anteriores				Medicação Pré-Anestésica	Aplicado às	Efeito

AGENTES ANESTÉSICOS	02					

INDUÇÃO	
Satis.: _____	Exit.: _____ Tosse: _____
Laringo espasm.: _____	Larínge: _____
Náuseas: _____	Vômito: _____
Outros: _____	



MANUTENÇÃO	
ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____	
Não, por quê? _____	
DESPERTAR	
Reflexo na SC: _____	Co2: _____ Exit: _____
Obstr.: _____	Náuseas: _____ Vômito: _____
Outros: _____	

SIMBOLOS E ANOTAÇÕES	
Posição	

Agentes	Técnicas	Operação	Cirurgião	Anestesiista	Observações
Propofol	Intubação	Tratamento anestésico de propofol	Dr. T. L.	Dr. S. G.	

FOLHA DE ANESTESIA	
Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:26	
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322513800000026952621	
Número do documento: 20020410322513800000026952621	



Secretaria do Estado



Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL L. e POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Claudio Rangel da Silva Junior
Cirurgia Proposta: Procedimento realizado
Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência
Unidade de origem Unidade de origem
Data 07/07/19

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none">• Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Consentimento transfusional <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Horário <u>Local</u> <input type="checkbox"/> Não• Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Exames <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Retirado prótese e adornos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Tipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> Aerossóis• Enf/Tec.enf <u>Enf/Tec.enf</u>	<ul style="list-style-type: none">• Confirmação sobre o cliente <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita• Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento anestésico e cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico certo• Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2 <input checked="" type="checkbox"/> Guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambú <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/> Guedel• Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Reserva sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• O cliente tem alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoObs.: <u>Obs.: </u>	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Staff <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• 2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Cirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico• Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica• Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Revisão do anestestista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoObs.: <u>Obs.: </u>	<ul style="list-style-type: none">• Procedimento realizado <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento de fibroscopia• A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: <u>Cirurgião Dr. Claudio</u>Enfermagem <u>Enfermagem</u>Obs.: <u>Obs.: </u>Ass.: <u>Ass.: </u>Calidiana Ferreira de Melo Enfermeira COREN-PB 274.437


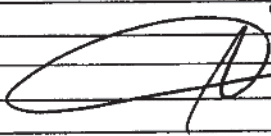
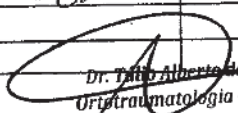
Nome:

Leon Rangel Silva Lima

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
26/06/19	Paciente sob cuidados de enfermeira. Problema dos ossos da perna + movimentos sobre movimento injurioso, expondo.	
	 Médico CRM-PB 7054	
27/06/19	H.A. FO DE OSSOS DA PERNA ① Paciente sem dor Presença de edema e vermelhidão na perna ① O.R. Alívio de dor.	
	 Dr. Tálito Alberto de O. Sousa Ortopedia - CRM 9251 CNS: 206633762240007	
28/06/19	H.A. O LUNGO Paciente com lesão de partes de ossos distais M.O. Anest. ① Perna de Alívio ① O.R. de M.O. + Alívio de dor. + Presença de lesão nos ossos.	
	 Dr. Tálito Alberto de O. Sousa Ortopedia - CRM 9251 CNS: 206633762240007	





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Maya Menezes de Jesus Idade: 22 Cor: CC Enfermeira: CC Leito: 02 Setor: CC

[illegible]

ASSINATURA / CRM:

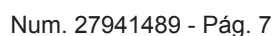
ASSINATURA / COREN:



Leito: 02 Setor: _____

GOREN - 1319871

ASSINATURA / COREN





ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DR. RUI CARNEIRO Idade: 23 Cor: Enfermeira: CCMII Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
04/02	1. Mem. CINE	OK	
07/02	2. Su. de C. em 24h	18:00 20:00 22:00	
09/02	3. Ceftriaxona 1g 18h + 9000/6h	09:00 15:00 21:00	
10/02	4. Alprazolam 1mg 18h + 9000/6h	09:00 15:00 21:00	
11/02	5. Paracetamol 1g 18h + 9000/6h	09:00 15:00 21:00	
12/02	6. Paracetamol 1g 18h + 9000/6h	09:00 15:00 21:00	
13/02	7. Paracetamol 1g 18h + 9000/6h	09:00 15:00 21:00	
14/02	8. Su. de C. em 24h	OK	
15/02			
16/02			
17/02			
18/02			
19/02			
20/02			
21/02			
22/02			
23/02			
24/02			
25/02			
26/02			
27/02			
28/02			
29/02			
30/02			

Dr. Rui Carneiro
CRM: 20683/3762-24007
Oportuna - Pombal - Paraíba

Ana Regina de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
Coren-PB: 001.331.253

ASSINATURA / CRM: _____ ASSINATURA / COREN: _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Setor

[illegible]

ASSINATURA / COREN:





ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Thyago Glaydson

Idade:

Cor:

Enfermeira:

Leito:

Sector:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	03/07/2019		
	2		
	1) 10.00 10.00	10.00	
	2) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	3) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	4) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	5) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	6) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	7) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	8) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	9) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	10) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	11) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	12) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	13) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	14) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	15) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	16) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	17) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	18) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	19) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	20) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	21) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	22) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	23) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	24) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	25) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	26) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	27) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	28) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	29) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	30) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	31) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	32) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	33) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	34) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	35) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	36) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	37) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	38) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	39) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	40) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	41) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	42) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	43) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	44) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	45) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	46) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	47) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	48) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	49) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	50) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	51) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	52) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	53) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	54) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	55) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	56) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	57) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	58) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	59) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	60) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	61) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	62) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	63) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	64) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	65) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	66) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	67) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	68) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	69) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	70) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	71) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	72) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	73) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	74) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	75) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	76) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	77) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	78) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	79) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	80) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	81) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	82) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	83) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	84) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	85) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	86) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	87) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	88) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	89) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	90) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	91) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	92) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	93) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	94) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	95) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	96) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	97) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	98) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	99) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	
	100) 10.00 10.00 10.00 10.00	10.00 10.00 10.00 10.00	

Assinatura do Médico

Silvia Fracalossi A. de Sousa Moraes
Téc. Enfermagem
COREN-PB 001.315.962

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:





EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.M.H. Leito: 02 Data Admissão: 06/06/20
Paciente: Caio Rommel S. Lima Idade: 23a Hora Admissão:
Dias de Internação: Turno: SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: Estatura:

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros:

Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha

() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstetrícia () Clín. cirúrgica/Obstetrícia () Clín. médica e cirúrgica/UTI

() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade:

Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico Diagnóstico médico: Fratura M.D.

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave SSV: T: °C P: bpm R: irpm PA: x mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Cooperativo

() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Térmicos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipotativo () Choro () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:

Avaliação da dor: () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	<input checked="" type="checkbox"/>
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATORIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Respiração abdom. predominância torácica

() Respiração torácica predominância abdominal () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração

() Batimentos de asa do nariz () Tiragem intercostal

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

() Outros:

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: () Normal () Nódulo () Tumor () Bolha () Pústula () Equimose () Hematoma () Petéquias

() Erisipela () Queimadura () Escoriações () Escabiose () Úlcera por pressão: Grau: () I () II () III () IV

Curativo: () Sim () Não Hora: Localização e aspecto:

Coloração da pele: () Hiposcorada () Normocorada () Hiperacorada () Ictérica () Cianótica

Regulação térmica: () Normotérmica () Hipotérmica () Hipertérmica () Tremores () Calafrios () Sudorese

() Pele fria () Pegajosa

Condições de mucosas: () Úmida () Ressecada () Placas () Fissuras Outros:

Estado de hidratação: () Hidratada () Desidratada () Hiperhidratada

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: () Sim () Não Qual:

Doença cerebrovascular: () Sim () Não Qual:

Perfusão periférica: () Sim () Não Qual:



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

Abdome: ☒ Plano () Globoso () Flácido () Distendido () Tenso () Dispepsia () Plenitude () Hematemese
() Pirose () Ascítico () Colostomizado () Ileostomia () Doloso () Paracentese abdominal
() Incisão cirúrgica () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva
Curativo: () Sim () Não Hora: _____

Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso () Marasmo () Kwashiorkor

Dieta alimentar: _____

☒ Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim () Não Frequência: _____ Aspecto: _____

Eliminações intestinais: ☒ Presente () Ausente Frequência: _____

Aspecto: () Normal () Pastosa () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: ☒ Normal () Anúria () Oligúria () Nictúria () Poliúria () Polaciúria () Disúria () Hematúria
() Retenção () Incontinência () SVF-02 vias () SVF-03 vias () Uso de fraldas Outros: _____

Aspecto: ☒ Limpida () Concentrada () Piúria () Hematúria () Colúria () Turva

Diurese: ☒ Espontânea () Cistostomia () SVF Hora: _____ Volume diurese: _____

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: ☒ Senta-se espontaneamente () Senta-se com ajuda () Fica de pé com apoio
() Fica de pé sem apoio () Deambula () Não deambula () Deambula com apoio () Deambula sem apoio
() Deambulação prejudicada Tipo de apoio: _____

Movimento das articulações: ☒ MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

Edema: () Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

Força muscular: ☒ Adequado para idade () Hipertomia () Hipotomia

ACESSO VENOSO:

Venoclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa

Data punção: ____/____/____ () Gelco Nº ____ () Scalp Nº ____ Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim, data: ____/____/____, hora: _____, Médico: _____

() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: _____

PACIENTE TRANSFERIDO:

() Não () Se sim, médico que autorizou: _____

Local para transferência: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: ____/____/____, hora: _____, causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Não relata queixas

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:

Paciente evoluiu em ECG, medicado e p. medica

segue as ordens da equipe de enfer

em

Data *05/01/19* Hora: *0000* Ass. Enferm./COREN: *Henrique Teixeira de Sousa*

AValiação noturna do enfermeiro *Enfermeira*

COREN 513424

Data *05/01/19* Hora: *19:45* Ass. Enferm./COREN: *Henrique Formiga*

COREN 500.078





Nome do Paciente: Luís Rommel Silva Lima Idade: _____
Leito: 02 Enfermaria: CCM-H
Idade: 23a Localização: _____

<input type="checkbox"/>	Angústia espiritual	
<input type="checkbox"/>	Adaptação prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Ansiedade	
<input type="checkbox"/>	Risco de aspiração	
<input type="checkbox"/>	Déficit de autocuidado alimentação	
<input type="checkbox"/>	Déficit de autocuidado de higienização	
<input type="checkbox"/>	Confusão	
<input type="checkbox"/>	Constipação	
<input type="checkbox"/>	Baixa autoestima situacional	
<input type="checkbox"/>	Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Débito cardíaco diminuído	
<input type="checkbox"/>	Glutificação prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Diarreia	
<input type="checkbox"/>	Eliminação urinária prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Decambulação prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Dor	
<input type="checkbox"/>	Hipotermia	
<input type="checkbox"/>	Hipertermia	
<input type="checkbox"/>	Risco de infecção	
<input type="checkbox"/>	Proteção ineficaz	
<input type="checkbox"/>	Mobilidade física prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Náusea e/ou vômito	
<input type="checkbox"/>	Medo	
<input type="checkbox"/>	Nutrição prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Distúrbio de imagem corporal	
<input type="checkbox"/>	Integridade da pele prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Padrão respiratório ineficaz	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
<input type="checkbox"/>	Recuperação cirúrgica retardada	
<input type="checkbox"/>	Volume de líquido deficiente	
<input type="checkbox"/>	Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
<input type="checkbox"/>	Volume excessivo de líquido	
<input type="checkbox"/>	OUTROS:	

<input type="checkbox"/>	Higiene oral e ocular 3X ao dia	
<input type="checkbox"/>	Mudança de decúbito 3/3h	
<input type="checkbox"/>	Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
<input type="checkbox"/>	Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
<input type="checkbox"/>	Esvaziar água em circuito do respirador	
<input type="checkbox"/>	Manter oxigênio terapia por cateter nasal	
<input type="checkbox"/>	Manter oxigênio terapia por TOT	
<input type="checkbox"/>	Manter oxigênio terapia por máscara de Venturi	
<input type="checkbox"/>	Manter nível de água nos umidificadores	
<input checked="" type="checkbox"/>	Administrar e checar medicação prescrita	
<input checked="" type="checkbox"/>	Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
<input type="checkbox"/>	Medir e registrar PVC 3x ao dia	
<input type="checkbox"/>	Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
<input type="checkbox"/>	Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
<input type="checkbox"/>	Trocar equipo a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
<input type="checkbox"/>	Administrar dieta a cada 3 horas	
<input type="checkbox"/>	Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica	
<input type="checkbox"/>	Administrar dieta por sistema fechado	
<input type="checkbox"/>	Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
<input type="checkbox"/>	Cabeceira do leito elevado à 30°	
<input type="checkbox"/>	Identificar bomba de infusão conforme solução	
<input type="checkbox"/>	Controlar gotejamento das soluções parenterais	
<input type="checkbox"/>	Trocar equipos e conexões a cada 72 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar látex de 12/12h	
<input checked="" type="checkbox"/>	Identificar com data e rubrica as punções venosas	
<input type="checkbox"/>	Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
<input type="checkbox"/>	Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
<input type="checkbox"/>	Realizar glicemia capilar pré-prandial	
<input type="checkbox"/>	Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar kit de nebulização após o uso	
<input type="checkbox"/>	Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar circuito de ventilação após entubação ou na presença de sughidade	



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venóclise: ☐ MMSS e MMII ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Subclávia ☐ Cateter venoso central ☐ Dissecção venosa Data

punção: ____/____/____ Hora: ____:____:____ ☐ Gelco N° ____ ☐ Scalp N° ____

Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: ☐ Se sim, data: ____/____/____, hora: ____:____:____ Médico: _____

☐ Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

☐ Não ☐ Se sim, data: ____/____/____, hora: ____:____:____, causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Sem queixas no momento

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente segue em repouso no leito, aos cuidados da enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: *05/07/19* Hora: _____

Gerviza F. Dantas
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 341177

AValiação NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente segue em E.G.E., sem alterações e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 341253

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: *05/07/19* Hora: _____



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: CCM II Leito: 02 Data Admissão: 26/02/20
Paciente: Caio Rommel G. Lima Idade: 03a. Hora Admissão: 14h
Dias de Internação: 01 Turno: Di SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: 12kg Estatura: 100cm

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas (☒) Maca () Outros:
Veio transferido: (☒) Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha
() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstetria () Clín. cirúrgica/Obstetria () Clín. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: /
Tipo de tratamento: () Clínico (☒) Cirúrgico () Pediátrico

STATUS GERAL:

EG: () Bom () Estável (☒) Regular () Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>36,4°C</u>	P: <u>72 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>120 x 70 mmHG</u>
18h00	T: <u>36,5°C</u>	P: <u>77 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>130 x 70 mmHG</u>
00h00	T: <u>36,5°C</u>	P: <u>78 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>140 x 80 mmHG</u>
06h00	T: <u>36,9°C</u>	P: <u>78 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>140 x 80 mmHG</u>

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Confuso (☒) Cooperativo
() Não Cooperativo (☒) Comunicativo () Não Comunicativo (☒) Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado
Responde a estímulos: (☒) Verbais () Dolorosos () Ocular
Estado emocional: (☒) Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choro () Deprimido () Agressivo
Crise convulsiva: () Sim (☒) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (☒) Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico
() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização
Tosse: () Sim (☒) Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz
Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva
Curativo: (☒) Sim () Não Data: / / Hora:
Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso
Dieta alimentar: (☒) Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta
Via de administração alimentar: (☒) Oral () SNG () SOG () Parenteral
Vômitos: () Sim (☒) Não Frequência:
Eliminações intestinais: (☒) Presentes () Ausentes Frequência:
Aspecto: (☒) Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreia () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: (☒) Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias
() SVF 03 vias () Uso de fraldas
Aspecto: () Límpida () Concentrada () Hematúria
Diurese: (☒) Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando (☒) Deambulação prejudicada
Edema: () Presente (☒) Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD
Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada ao desconforto.

- 1 - Completamente limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação Observação

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à unidade.

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionalmente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação Observação

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física.

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação Observação

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais.

- 1 - Completamente imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação Observação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar.

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória
- 4 - Se alimenta de forma satisfatória

Pontuação Observação

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta.

- 1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escoriações em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação Observação

Pontuação total

PONTUAÇÃO A CONTAGEM DE PONTOS INDICA O RISCO DE QUAIS RISCOS: RISCO NÍVEL 1
HABILIDADE FUNCIONAL INDICADOR DE QUAIS RISCOS: RISCO NÍVEL 2
RISCO NÍVEL 3

ÁREA DE CUIDADO	INDICADOR DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com áudio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Eviscerações.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

05 9 19
Data da avaliação



Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
 Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
 Data.....: 01/07/2019
 Idade.....: 23 anos
 RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....
 Hemoglobina.....
 Hematócrito.....
 V.C.M.....
 H.C.M.....
 C.H.C.M.....
 R.D.W.....

4,68 milhões/mm³
 13,9 g/dl
 42,7 %
 91,2 micra³
 29,7 pg
 32,5 %
 13,2 %

4,32 - 5,72 milhões/mm³
 13,5 - 17,5 g/dl
 38,8 - 50,0 %
 81,2 - 95,1 micra³
 26 - 34 pg
 31 - 36 %
 11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCROMICAS.

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....
 Promielocitos.....
 Mielócitos.....
 Metamielócitos.....
 Bastonetes.....
 Segmentados.....
 Eosinófilos.....
 Basófilos.....
 Linfócitos.....
 Linf. Atípicos.....
 Monócitos.....

9.300 /mm³
 (%)

(/mm³)

- 4.500 a 10.000
 0
 0 a 1
 0 a 5
 43 a 67
 1 a 4
 0 a 1
 20 a 35
 2 a 8
 0
 0 a 100
 0 a 500
 1.935 a 6.700
 45 a 400
 0 a 100
 900 a 3.500
 90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³

Acima de 16 anos:
 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... NORMAL

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Thiago
 Dr. Kátia Suenya de Melo Fragozo
 Bioquímica - CRF-PB 3011

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322735700000026952879>
 Número do documento: 20020410322735700000026952879

Num. 27941493 - Pág. 7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 1 de 3

Nome:

Entf.:

Leito:

Caro Zengel

DATA

EVOLUÇÃO MÉDICA

RUBRICA

21/07/19

A Fe O on de forma (2) A

Решение задачи 20: $20 \cdot 1000 = 20000$

Tronco de espinal em
flexão distal de joelho (D)
+ interno

Q1. VPM.

Sl- move [unclear] name from List B

Dr. José Cassiraro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 7801 REGT 15253

12.07.18

18. Euphrat ist ein sehr gewöhnlicher Fluss

Dr. Sestom Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6151 CRM/PB 7044

05/02/2019

Amos M. Jewell
Dentist

Dente Rocha
Médico
CRM-PB 7054

04/07/19

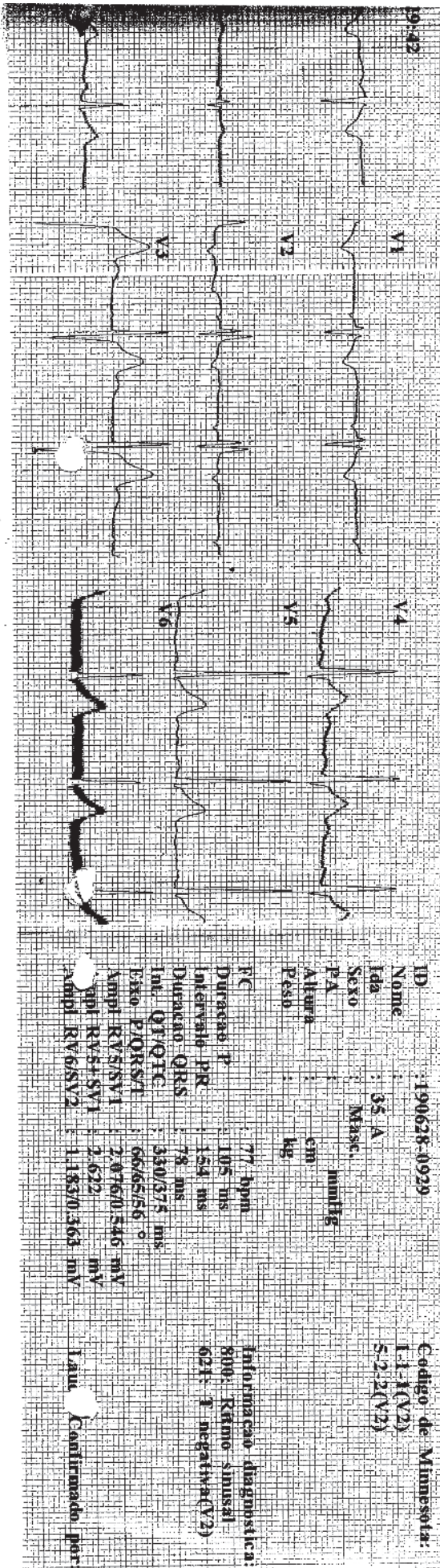
Prüfung Wärmefl. A 170 Minuten

10/10/18

~~CS: $ADB + R_p + A_{\text{normal}}$~~

Dr. Tália Alberto de O. Souza
Ortotraumatologia - CRM 9251
CNS: 405633762240007







Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Caio Rangel da Silva Lima*

IDADE: *23* SEXO: *M*

Procedimento cirúrgico proposto: *cirurgia ortopédica*

Medicação em uso: *—*

Alergias medicamentosas: *—*

Antecedentes / Comorbidades: *—*

EXAME FÍSICO:

Exame geral:

PA: *110 x 70* mmHg FC: *82* bpm

Aparelho cardiovascular: *per. Ant. 5/1*

Outros:

ELETRCARDIOGRAMA: *normal (DCR)*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário (☒) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAP

LEE

ACP

> BAIXO RISCO

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA *28* / *6* / *2019*



Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
 Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
 Data.....: 01/07/2019
 Idade.....: 23 anos
 RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	4,68 milhões/mm ³	4,32 - 5,72 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito.....	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.....	91,2 micra ³	81,2 - 95,1 micra ³
H.C.M.....	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.....	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.....	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....	9.300 /mm ³	- 4.500 a 10.000
	(%)	(/mm ³)
Promielocitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	279
Segmentados.....	61,0	5.673
Eosinófilos.....	2,0	186
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	30,0	2.790
Linf.Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	4,0	372

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... **167.000 /mm³**

Acima de 16 anos:
 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

K. S. Fragoso.

Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso
 Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi arquivado digitalmente sob o número: 4A26-48F3-F43B-34-215A-2097-3E0A-BAB7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 1 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625





Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

COAGULOGRAMA

{DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 }

Material: PLASMA

Método: TUBO DESITOMETRIA

PLAQUETAS (CONTAGENS)..... 167.000 /mm3

Acima de 16 anos:
150.000 a 450.000 /mm3

TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE..... 28,2 seg
TTPA - CONTROLE NORMAL..... 27,9 segundos
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL..... 1,0
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL..... 0.30 segundos

21 a 32 segundos

Até 1,3

Até 8,0 segundos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE..... 14,1 segundos
TP - CONTROLE NORMAL..... 12,5 segundos
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE..... 78 %
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL..... 1,1
INR..... 1,13

11 a 16 segundos

70 a 120%

Até 1,3

1,0 a 1,3

K. S. Fragoso

Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi emitido digitalmente sob o número: 4A26-48F3-F43B-34-215A-2097-3E0A-BAB7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 2 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 3



Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM..... 88,0 mg/dl

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

Material: Soro ou Plasma

Método: Automatizado/Computadorizado

Valores de Referência:

Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl

Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl

Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl

Observação:

Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes.
Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

Kátia Suenya de Melo Fragoso

Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3BC7-E34F-F555-74-B756-27EE-21F5-D639

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 5





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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024073

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000046471-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Estado da Paraíba
Poder Judiciário
2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800114-81.2020.8.15.0301
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Autor(a): CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos.

O art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

Embora para a concessão da gratuidade não se exija o estado de miséria absoluta, é necessária a comprovação da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece mera presunção relativa da hipossuficiência, que cede ante outros elementos que sirvam para indicar a capacidade financeira, nem é prova inequívoca, sem contar que é desnecessária ante a possibilidade do próprio advogado afirmar na inicial, desde que tenha poderes para tanto, declarado na procuração.

No caso, há elementos suficientes para afastar a presunção, em especial, a natureza e o objeto discutidos.

No que se refere à qualificação, não há comprovação.

Ademais, requer a gratuidade, sem sequer informar o valor das custas, as quais requer a dispensa de pagamento, em outras palavras, o próprio autor não sabe se tem ou não capacidade de pagamento delas.

Por outro lado, o Juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.

Assim, antes de indeferir o pedido, contudo, convém facultar ao interessado o direito de provar a impossibilidade de arcar, sem o seu próprio prejuízo ou de sua família, com as custas e despesas do processo.

Assim, para apreciação do pedido de Justiça Gratuita, INTIME-SE a parte requerente para, em 10 (dez) dias, apresentar, sob pena de indeferimento do benefício, documentos capazes de comprovar a hipossuficiência, tais como:

- a) cópia das últimas folhas da carteira do trabalho, ou comprovante de renda mensal, e de eventual cônjuge;
- b) cópia dos extratos bancários de contas de titularidade, e de eventual cônjuge, dos últimos três meses;
- c) cópia dos extratos de cartão de crédito, dos últimos três meses;
- d) cópia da última declaração do imposto de renda apresentada à Secretaria da Receita Federal.
- e) em especial, juntar(em) a simulação do valor das custas e despesas as quais requer(em) a gratuidade.

Tudo, ante a possibilidade de redução ou parcelamento, que podem ser requeridos, nos termos do NCP.

A parte poderá, ainda, no mesmo prazo, recolher as custas judiciais e despesas processuais, sob pena de indeferimento do pedido de gratuidade da justiça e multa de 10 vezes o valor das custas



judiciais, devidos a partir do trânsito, nos termos previstos na LAJ, art. 4º, §1º, inscrita em dívida ativa, além da extinção do processo sem resolução de mérito.

Advirta-se que, nos termos do CPC:

- A concessão de gratuidade não afasta a responsabilidade do beneficiário pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência;
- Vencido o beneficiário, as obrigações decorrentes de sua sucumbência ficarão sob condição suspensiva de exigibilidade;
- A concessão de gratuidade não afasta o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas;
- A gratuidade poderá ser concedida em relação a algum ou a todos os atos processuais, ou consistir na redução percentual de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento.
- Conforme o caso, o juiz poderá conceder direito ao parcelamento de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento;
- O direito à gratuidade da justiça é pessoal, não se estendendo a litisconsorte ou a sucessor do beneficiário, salvo requerimento e deferimento expressos.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA - Juiz de Direito

Valor da causa: R\$ 10.125,00



EM ANEXO



**AO MM JUIZO DE DIREITO DA 2º VARA MISTA DA COMARCA
DE POMBAL, ESTADO DA PARAÍBA**

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA, já devidamente qualificado nos autos do processo, vem, através de seu insigne causídico, que esta subscreve, informar que o autor não possui meios de prover o próprio sustento, estando em arranjo com o art. 98 do CPC, no tocante a gratuidade judiciária, informações corroboradas pela carteira de trabalho em anexo, demonstrando que o autor não possui quaisquer vínculos empregatícios e sequer recebe benefício previdenciário, sendo contribuinte do INSS como autônomo desde novembro de 2019, não podendo arcar com as despesas processuais sem maiores prejuízos ao seu sustento e ao de sua família.

Nestes termos, pede deferimento.

Pombal, 27 de abril de 2020

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

OAB/PB 16314



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29/10/1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.452 de 01/05/1945 que aprovou a CTT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho; bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações, contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos, como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPLIAR AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

203.34283.95-1

9049198

0040

PB

Caro Rangel da Silva Lima

ASSINATURA DO TITULAR

PREVIDÊNCIA SOCIAL





FILIAÇÃO..... JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO
CLEONICE DA SILVA GARRIDO
NASCIMENTO..... 17/03/1996 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
NATURALIDADE: POMBA - PB
DOCUMENTO..... C. 1. 4048430 30/04/2012 SSDS PB
LEI Nº 8.046, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF..... 117.496.244-51 CNH.....
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: 2
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 21/10/2014

Rodolfo R. Catão
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

[illegible]

20



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB N°	LIVRO N°	
RES.	PROF. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
EXC. N°	EXC. N°	SOB N°	LIVRO N°
REGISTRADO EM	PROF. N°		
RES.	PROFISSÃO		
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
EXC. N°	EXC. N°	SOB N°	LIVRO N°
REGISTRADO EM	PROF. N°		
RES.	PROFISSÃO		
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
EXC. N°	EXC. N°	SOB N°	LIVRO N°

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB N°	LIVRO N°	
RES.	PROF. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
EXC. N°	EXC. N°	SOB N°	LIVRO N°
REGISTRADO EM	PROF. N°		
RES.	PROFISSÃO		
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
EXC. N°	EXC. N°	SOB N°	LIVRO N°
REGISTRADO EM	PROF. N°		
RES.	PROFISSÃO		
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
EXC. N°	EXC. N°	SOB N°	LIVRO N°

05





Poder Judiciário da Paraíba

2ª Vara Mista de Pombal

Rua José G. de Santana, 414, Centro, POMBAL - PB - CEP: 58840-000

Número do Processo: 0800114-81.2020.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Acidente de Trânsito]

Polo ativo: AUTOR: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, mediante a juntada da Petição ID 30163429, faço os presentes autos conclusos para despacho.

POMBAL, 25 de maio de 2020

HAROLDO CAMILO DOS SANTOS





Estado da Paraíba
Poder Judiciário
2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800114-81.2020.8.15.0301
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Autor(a): CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

Certifique-se a existência de ação com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir, ativa ou baixada.

CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

NOMEIO o Dr. Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivanha, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intemem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

Após a apresentação do laudo pericial, intemem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo,



expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA – Juiz de Direito em substituição

Valor da causa: R\$ 10.125,00





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
2ª Vara Mista da Comarca de Pombal

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, em consultas realizadas através do STJ e PJE, não constatei a existência de ação com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir, ativa ou baixada.

Pombal -PB, 04 de junho de 2020.

SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS
Técnico(a) Judiciário(a)





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
2ª Vara Mista da Comarca de Pombal

PROCESSO Nº 0800114-81.2020.8.15.0301

CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 2ª Vara Mista de Pombal, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** para tomar conhecimento da presente demanda, e querendo, apresentar contestação, **no prazo de 15 (quinze) dias** (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), bem como **INTIMADO(A)** do despacho (ID 31074186), cientificando-o, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais foram arbitrados no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba. **Por economia processual, no prazo de defesa, deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.**

Pombal-PB, 04 de junho de 2020.

SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS

Técnico(a) Judiciário(a)

