

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**

Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Data do Acidente: **15/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142770**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12607483



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA
Nº Sinistro: 3180142770
Vitima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142770**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

Sinistro: 3180142770
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180142770** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta nº: 12823234

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142770
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Valor: **R\$ 2.193,75**

Banco: **001**

Agência: **000001634-9**

Conta: **000010027791-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180142770**
Nome do(a) Examinado(a): **ELTON MARQUES PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R S SEVERINO nº 124 - MTE SANTO - CAMPINA GRANDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data e local do acidente: **15/04/2017 CAMPINA GRANDE/PB**
Data e local do exame: **03/05/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA + QUEBRA DE DENTES FRONTAIS**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRANDO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO JOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E
COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSÃO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **CRANIOFACIAL**

Região Corporal(Sequela):

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Otorrinolaringologista e Otorrinolaringologista
CRM: 6492

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

069.135.024-86

Nome completo da vítima

Olton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Olton Marques Pereira		CPF titular da conta 069.135.024-86	Profissão Militar
Endereço Rua São Severino		Número 124	Complemento
Bairro Monte Santo	Cidade	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD)

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

21 MAR. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO NOME NRO.
 Banco do Brasil
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 1634-9 27491 6
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 22 de Março de 2018
 Local e Data

Olton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/04/2017

Hora: 07:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Br 230 Lagoa de Dentro, São José da Mata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho

Idade: 29

Data de Nascimento: 25/04/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.135.024-86

Endereço: Rua- São Severino, 124, Monte Santo, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho

Idade: 29

Data de Nascimento: 01/01/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.513.454-57

Endereço: Rua- Manoel Leonardo Gomes, 1180, Campina Grande, PB

Complemento: Bloco, "H", APTº304

Telefone: Não informado



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande - 28/09/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AFW95254-UN42**
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
28 MAR. 2018

EM BRANCO



TESTEMUNHA

Nome: Edson Joaquim de Lira Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joselita Silva Pereira Lira e Edson Joaquim de Lira
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 29/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.271.874-28
Endereço: Rua- Pedro Silva, 630, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 TITAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2009, placa MOR-6634, chassi 9C2KC15109R021136, renavam 14241674-2

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, Ano/Modelo 2009/2009, cor vermelha, Placa MOR6634-PB, Chassi de Nº 9C2KC15109R021136, licenciada em nome do comunicante Elton Marques Pereira, quando trafegava na BR 230, mais precisamente na localidade Lagoa de Dentro, em frente a Mastodonte, bairro São José da Mata, momento em que o condutor de um veículo Siena de cor branco de demais sinais e condutor não identificado, que ia a sua frente tendo tirado para o acostamento e logo em seguida fez a volta na pista tendo o comunicante colidido na lateral traseira do lado esquerdo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Antebraço esquerdo e maxíbula, perda de dois dentes, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/03/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: APW25855-1PWP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA




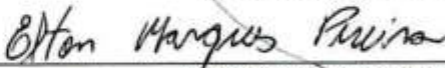
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social




Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil



ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante



ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fidedigna do original que me foi exibido
Campina Grande


28-0917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW2SS56 - KLCT
Consulte a autenticidade em selo.digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Elton Marques Pereira

CPF da Vítima

069.135.024-86

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Elton Marques Pereira**, vítima de acidente de trânsito no dia 15 de Abril de 2017 aproximadamente às 07hs30min, End: BR 230 – Lagoa de Dentro, sendo o paciente atendido e removido para Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Maio de 2017.

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000010027791-8

Nr. da Autenticação 5EFEA85FB178E5D6



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NUMERO

MATRÍCULA

11314940

REFERENCIA

DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370

CONCEICAO
CAMPINA GRANDE

58401-236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.31.335-0016	0	1	0	0	0	11314940
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (litros)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-M5.				
JUN/2017	20	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUL/2017	14	0	COL.TOTAIS	178 180 180
AGO/2017	12	0	COR	55 180 178
SET/2017	16	0	COL.TERMOT	0 0 0
OCT/2017	19	0	CLORO	178 180 180
NOV/2017	17	0	TURBIDEZ	178 180 178
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A: OUT/2017	

DATA DA LEITURA: 05/12/2017	HORA DA LEITURA: 09:31:44
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,84 29,47 R\$66,31
DE 11m A 20m	3 14,25 11,40 R\$25,65
TOTAIS	51,09 40,87

2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 51,09 PIS E COFINS: LEI 10.741/12.	Total a Pagar:
VENCIMENTO:	18/12/2017 R\$91,96

V. 10.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11314940	DEZ/2017	18/12/2017	R\$91,96

82660000000-2 91960010821-2 13149401220-9 170000000002-7





Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** * 0889

Pág. 001 de 002

Vencimento:
05/04/2018



CTC RECIFE PE PL7

ELTON M PEREIRA
R SAO SEVERINO 124
MONTE SANTO
58400-747 CAMPINA GRANDE - PB

Atenção:

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ **1.258,05**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **188,71**

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 123,86

+23X 123,80



Postagem: 75632/18

Vencimento: 05/04/2018

7213195069055030000019008630260318

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 123,86 - CET 199,43% a.a.). Se você possuir parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada nesta mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br ou procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R\$ 1.258,05
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 1.258,05

Resumo em Real

Saldo anterior 1.918,09
Pagamentos/Créditos - 1.918,09
Compras/Debitos 1.258,05
Saldo - R\$ 1.258,05
Saldo parcelado 2.775
faturas futuras

Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros debitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF - Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 0,00

Encargos - Retiradas na função crédito - Uso do limite de crédito rotativo 0,00

Limites

Total para transação à vista 4.233
Saques (incluindo no total transação à vista) 4.233
Total para transações parceladas 2.000
Credenciário 20.488

Consulte pontos a preservar e saldo atual - caixas eletrônicas: Ponto pra Você - Prog. Recompensas

Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em 21.03.2018 4.730

Consulte pontos a preservar e saldo atual - caixas eletrônicas: Ponto pra Você - Prog. Recompensas
- internet: Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % ao mês

Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	19x05 ao Mes (%)	19x05 ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,98	213,15	0,38	0,0082	227,42
Parcelado administradora ²	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,45	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito do cartão será de 14,99% ao mês, CET 499,28% ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado de incidência da Taxa de Administração, sobre o valor parcelado, com prazo de um ano.
3 - Taxas de juros, sobre as alterações de valor de parcelamento, calculadas com base no aplicativo BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis para todos os clientes. Consulte o site www.bb.com.br para mais informações.



BANCO DO BRASIL	001-9				
Nome do Pagador / CPF / CNPJ / Endereço / Cidade / UF / CEP: ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86 R SAO SEVERINO 124 - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB					
Sacador / Avalista					
Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago	
000000000089996220		05/04/2018	1.258,05		
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço: Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 - Ed Sede 1 - 2º ss - 70073-900 Brasília (DF)					
Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9					

BANCO DO BRASIL	001-9				
Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento					
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço: Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 - Ed Sede 1 - 2º ss - 70073-900 Brasília (DF)					
Data do documento	Nº do documento	Especie DOC.	Acerto N	Data processamento	Nosso Número
22/03/2018				22/03/2018	000000000089996220
Use do Banco	Carteira	Especie R\$	Quantidade X	Valor	(*) Valor Documento
	66				1.258,05
Informações de responsabilidade do Beneficiário: O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO, PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELESUA FATURA. NOS CAIXAS ELETRONICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Pago
Nome do Pagador / CPF / CNPJ / Endereço / Cidade / UF / CEP: ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86 R SAO SEVERINO 124 - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Jose Evivan F. de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 026.864.664 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elton Marques Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Idoso da Vítima Elton Marques Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, 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 Henrique Dias</u>		Número <u>370</u>	Complemento
Bairro <u>Conceição</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Jose Evivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1416230

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Mathheus Almeida Mendonça

PACIENTE: ELTON MARQUES

CEP: 58400002

Nascimento: 25/04/1988

PEREIRA

Endereço: SAO SEVERINO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Bairro: MONTE SANTO

Nome da Mãe: HERDILADE MARQUES PEREIRA

RG: Nº: 124

CPF:

Profissão: ~~policial~~ Militar

Responsável: SEM ACOMPANHANTE

CNS: 53423413

Data de Atendimento: 15/04/2017

Estado Civil:

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 08:12:27

Especialidade: ~~Vin~~

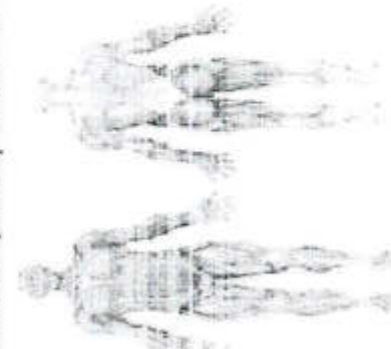
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Cortadura
6. Escoriação
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagrecimento
11. Equimose
12. Ferida limba
13. Ferida de fogo
14. Ferida perfurante
15. Ferida cortante
16. Ferida cortante
17. Ferida cortante
18. Ferida cortante
19. Ferida cortante
20. Ferida cortante
21. Hematoma
22. Injeção de medicamento
23. Laceração
24. Lesão térmica
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Chiste Entravado
29. Cortadura
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Sudeira
34. Ferida cortante
35. Ferida cortante
36. Ferida cortante

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Audo de Melo

DIGNOSTICO / CID:

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

http://10.1.1.148/projetos/impl/impres/generica.php?contar=1416230

EXAME PRIMÁRIO - DADO INÍCIOS

Ultima da acidente de moto, em espote, opresentando
 FCE em muito dente quebrado e otomografia (?) direita.
 Bexiga - se de de em água de punho e não dentro esquadro.
 Nega alterações neurológicas.
 Exame de punho, flexão e extensão sem alteração
 de movimento.

RAIO X
 REALIZADO EM:

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow 15 PA HGT: Sat02

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

15/04/16

EXAMES SOLICITADOS:

Laboratoriais

Gasometria arterial

Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia:

Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

NCR & ORTO

Dia / /

Especialista:

BMF

as

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1. SGL 1000 ml, c/
2. Dipirone 1g. AD, c/
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

TOMOGRAFIA
 REALIZADA EM:

15/04/17

Gerente Geral

CRM-PB 8447

Brenda Jambol, Baccabae



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Ficha de Acolhimento

Nome: Edton Marques Pereira
End: Rua São Severino 124 Bairro: Monte Santo
Data de Nascimento: 25-04-88 Documento de Identificação: _____
Queixa: Ac do Moto Data do Atend.: 15.07.17 Hora: 08:05 Documento: _____
Acidente de trabalho? () Sim (☒) Não

Classificação de Risco

PROTÓCOLO
Ag. de d. gr. A. de Emergência

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fácil

Frequência respiratória: Frequência cardíaca: Temperatura axilar: Mucosas: () Normocorada () Pálida

Pressão arterial: Dosagem de HGT: Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

MOD. 110

☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Nome do Paciente <i>Elton Marques Paula</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>15/04/17</i>	Enf. <i>09</i>		Leito <i>01</i>
Operador <i>Felipe Guedes</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia <i>Genardir Abrantes</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura - Luxação Goleas</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em decúbito dorsal na anestesia
- 2) Feito amplexia e aninharia
- 3) A posição de campos estáis
- 4) Incisão vertical para acesso ao rádio.
- 5) Dispositivo por placas
- 6) Redução exata de fratura do rádio.
- 7) Fixação de rádio com placas e parafusos
- 8) Observado estabilidade da ARVD
- 9) Fixação da ARVD com fio de Kirschner
- 10) Sutura por planos
- 11) Curativos

COMPREVEJO E REVIDA 31

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Carlos Gustavo
Gonçalves
Médico
11/03/2018

THE
LIBRARY OF THE
MUSEUM OF MODERN ART
1000 MUSEUM AVENUE
NEW YORK, N. Y. 10028



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

HOSPITAL DE TRAUMAS

R. GRANDE

ELTON MARQUES VERCIN

1416230

Nº AI H

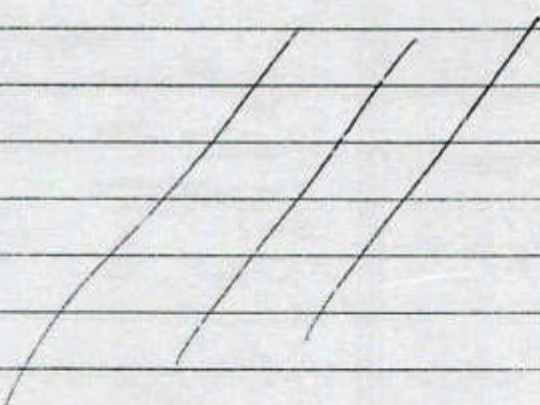
COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

TRATAMENTO DE FRACTURA DO OSSO DO ANTEBRAÇO

Placa 3.5 DCP 7Ft
Paraf. Cortical 3.5 x 18
" " 3.5 x 14

REF.	QUANT.	COD. ROMP.
	01	
	03	
	05	



28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

15/04/2017

Dr. Felipe


OBSERVAÇÕES

Q 3.5 Simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.338

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Elton marques Pereira N: 25/04/88						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO SUS	IDADE 28a	REGISTRO 1416230		
CIRURGIA Red. emiônica e liberação de pat. dos emor. do antebraço (E)		CIRURGIÃO Dr. Felipe				
ANESTESIA Arquivo de Bloco Braquial (E)		ANESTESISTA Dr. Jurandir				
INSTRUMENTADORA Jose		DATA 13/04/17	INÍCIO 17:45	FIM 18:40		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
02	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Ceta p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Ravon amp. banomol		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
02	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 1m xylocaine		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O. ml	02	Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix	
01	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fieborcort amp. Decadron		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 25 moled.			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico Clorox		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor plástico		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupfason amp.		Sonda folley	Qtd.	Q3,5 ORTESE E PRÓTESE TM	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Placa DCP 7 furos	
	2g cefepime		Sonda Uretral nº	07	Parafusos lorticaux	
			Sterydrem ml	01	Fio de Kurshner nº 20	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Foco de Emergência <input type="checkbox"/> Foco de Emergência	
	Agulha desc. 28 x 28		Latesol		<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico	
	Agulha desc. 3 x 4,5					
Q15	Agulha p/ raque nº		05 Eletrodos			
04	Alcool de Enfermagem		05 Algodão Antipe			
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Gavote as 17:50



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Elton Marques Pereira	Idade:	28 anos
Convênio:		Data:	15/04/17
Procedimento:	Redução e/ou remoção de todo o conteúdo da Antebraço (E)		
Cirurgião:	Dr. Felipe	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Giovanni
Início:		Término:	
		Anestesia:	Bloqueio do plexo braquial (E)

[illegible][illegible]

Observações:

Maria Marília da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 785684

Assinatura Anestesista

Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8002

Assinatura do anestesista

COMPROVADO DE RESIDÊNCIA
29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28 MAR. 2018

PROTOCOLLO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

DECLARAÇÃO DO PACIENTE: Clay Marques Bueno-

IDADE:

PRONTUÁRIO:

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA
SAÍDA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

**RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?**

≈ 1NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

□ **REVISÃO DO CIRURGIÃO: HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜINEAS?**

Q. REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? *Uma*

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS

MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) *Sim*

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

MISIM

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

MIS

NÃO SE APLICA

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS
PARA SER RESOLVIDO *alguns*

- ☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO **OK!**
- ☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM **OK!**
- ☒ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE **Sim, houve**

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM QK¹

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

□ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

validade de da S. L. Beserra
FARMACIA GEM
C/ACI ENFERMAGEM
C/ACI ENFERMAGEM
C/ACI ENFERMAGEM

RECEBIMOS DO SENADO
EM 28 MAR 2018
O PRESIDENTE DO SENADO
SENADOR JOÃO PESSOA

COMITÊ DE FISCALIZAÇÃO E REVISÃO
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Y entre campo de salitri

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Edilton Marques Pereira	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta livre pa VO após suspensão antiêtica 2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24h 3) 5.6 5% 500 ml 24h 4) Oxetina 1g + AD EV 6lh 5) Diltazem 1g + AD EV 6lh 6) Atali 40mg + AD 1x ao dia 7) Mursedon 1 Frasco Ampola + AD EV 8h 5lh 8) SSN + CCG 	<p>12h</p> <p>14h</p> <p>16h</p> <p>18h</p> <p>20h</p> <p>22h</p> <p>24h</p>	<p>Deu em por de suspensão de tubo em placa e preparos. Incidendo sem intercorrências.</p> <p>CO. VPM</p>

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ITALIA OKTOFEDICA

LEITO 9-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	
2	JELCO SALINIZADO		
4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H		
5	TRAMAL-100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		
6	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEIUM		
8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H		
9	CURATIVO		
10	MSE ELEVADO		
11	SSVV+CCGG		
12	Solicito parecer neuropsiquiátrico		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

Dr. João Pereira
Cirurgião Geral
CRM 1000

MOD. 015

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13,21				120 80		Paciente consciente e orientado, sem queixas, medicado segue aos cuidados de enfermagem. Com eliminações presente	
	17,30						Paciente em alta hospitalar, presente no Juro naõ foi medicado	

Josane C. de Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN 177938

LAURENCE J. S. L. R. ENFERMAGEM

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

16 JOÃO PESSOA

15/1

colhera de gelado
vaso de
sopão
repetidos
admitidos

5.4.1

110/71



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	<i>W. M. S. / P. C. M.</i>
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

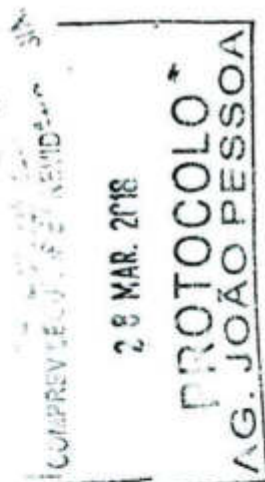
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.



[Signature]
Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

Sr(a): ELTON MARQUES Protocolo: 0000331446 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 16-04-2017 11:33 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 28 anos Destino: ENF 09 - L. 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:55]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.11 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	88 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,5 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrofilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	243	
Segmentados.....	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	162	3,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEU FÉ REVIDA 3A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

Sr(a):	ELTON MARQUES	Protocolo:	0000331446	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	16-04-2017 11:33	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	ENF 03 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO **1'30''**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO **6'00'' min**

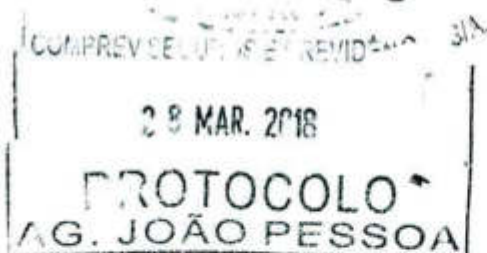
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

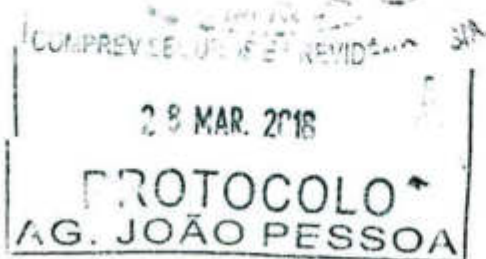
Nome: Elton Marques Pereira Registro: 9 Leito: 9 Setor Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

(✓) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques Registro: _____ Leito: 9-1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (2) Local: Prisão Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (2) Consciente (1) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (2) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: NSD	Data da punção 15/04/12
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	23 MAR. 2018
Alimentação: (x) AVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____	Data: _____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	AG. JOÃO PESSOA
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada (x) Equimoses (x) Hematomas (x) Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
(x) Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>As 06:00 hs paciente repete o exame físico, observando um sangramento discreto. São as 07:00 hs o paciente repete que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultado normal. Quanto ao caso foi o mesmo avaliando a situação de encaminhamento.</p>	
<p>28 MAR. 2018</p> <p>PROTOCO</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 28/04/12 HORA: _____ h
<p>Assinatura: _____</p> <p>SDR 233548</p>	

COMPRACEDU...
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Hexoflavone Marques Pereira

CÓPIA DIGITALIZADA NO SATE
CONFERE COM O ORIGINAL
21/06/2017
ASS. *[Signature]*

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17 #Ncr
as 9H20Última de polítrona
por acidente com moraculite
cloromacil (P)si perde de consciência
sem vômitosGlasgow 15
sem dev. cefálicaTTC sem anormalidades referenciadas
ao TTC no computadorInferências: História dos dados
TTC col. cervical sem fraturaCD: Observação neurológica no vídeo 6h
Dipirone 2x 6h
bbis de colútronic no oratório (P)

DESTINO DO PACIENTE / / / as : hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

X Eneida M. Pereira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)Cm. Alfredo Lucca Neto,
Médico e Cirurgião de 1ª e 2ª
Graus, CRM 10.111-1/PB.

23 MAR 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Bottom Paper

Andrew BA
Ardmills

$$F_2(x) = F_1(x) + F_2(x)$$

Paciente	Diana 12/2/20			Alojamento	Leito	Convênio
----------	---------------	--	--	------------	-------	----------

[illegible]



[illegible]

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

CUMPRIR SEU DEVER
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



23 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CÉDULA DE IDENTIDADE

Formação Específica: **Técnico em Transações Imobiliárias**
 Habilitado na forma da lei nº 8.530 de 12 de maio de 1978.

Expedido por: **SENAC/RN**
 Data de Expedição: **24.11.04**

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS
 Assinatura do Portador

POLGAR DIREITO

COLEPREVIE 11/05/2018 314

23 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
 17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição: **2141** C1 Data de Inscrição: **30.11.04** vs 18

Nome: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS** Nacionalidade: **Brasileira**

Data de Nascimento: **02.01.71** Naturalidade: **Campina Grande/PB**

Filiação: **José Francisco de Medeiros**
Joana D'arc Fernandes de Medeiros

Nº Cad. Ident. Orgão: **1.381.456 INEP/RN** Data Expedição: **15.01.92**

C.P.F.: **026.864.664-30** Data: **14.01.05**

Local: **Natal/RN**

Assinatura: _____

Cartão de Registro

Cartão de Registro

Cartão de Registro

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLÍNICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRANDO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO JOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.
PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSÃO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLÍNICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRANDO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO JOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.
PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSÃO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





CAGEPA

COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

11314940

REFERENCIA

DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370

CONCEICAO

58401-236

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.31.335-0016	0	1	0	0	0	11314940
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (litros)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-M5.				
JUN/2017	20	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUL/2017	14	0	COL.TOTAIS	178 180 180
AGO/2017	12	0	COR	55 180 178
SET/2017	16	0	COL.TERMOT	0 0 0
OCT/2017	19	0	CLORO	178 180 180
NOV/2017	17	0	TURBIDEZ	178 180 178
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A: OUT/2017	

DATA DA LEITURA: 05/12/2017	HORA DA LEITURA: 09:31:44
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,84 29,47 R\$66,31
DE 11m A 20m	3 14,25 11,40 R\$25,65
TOTAIS	51,09 40,87

2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$0,51 PIS E COFINS- LEI 12.741/12.	Total a Pagar:
VENCIMENTO:	18/12/2017 R\$91,96

V-10.13 R-1.0

CONDICAO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11314940	DEZ/2017	18/12/2017	R\$91,96

82660000000-2 91960010821-2 13149401220-9 17000000002-7





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/04/2017

Hora: 07:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Br 230 Lagoa de Dentro, São José da Mata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho

Idade: 29

Data de Nascimento: 25/04/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.135.024-86

Endereço: Rua- São Severino, 124, Monte Santo, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho

Idade: 29

Data de Nascimento: 01/01/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.513.454-57

Endereço: Rua- Manoel Leonardo Gomes, 1180, Campina Grande, PB

Complemento: Bloco, "H", APTº304

Telefone: Não informado



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
tabelião

Certifico e dou fe que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/04/2017

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AFW95254-UN42**
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
28 MAR. 2018

EM BRANCO



TESTEMUNHA

Nome: Edson Joaquim de Lira Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joselita Silva Pereira Lira e Edson Joaquim de Lira
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 29/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.271.874-28
Endereço: Rua- Pedro Silva, 630, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 TITAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2009, placa MOR-6634, chassi 9C2KC15109R021136, renavam 14241674-2

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, Ano/Modelo 2009/2009, cor vermelha, Placa MOR6634-PB, Chassi de Nº 9C2KC15109R021136, licenciada em nome do comunicante Elton Marques Pereira, quando trafegava na BR 230, mais precisamente na localidade Lagoa de Dentro, em frente a Mastodonte, bairro São José da Mata, momento em que o condutor de um veículo Siena de cor branco de demais sinais e condutor não identificado, que ia a sua frente tendo tirado para o acostamento e logo em seguida fez a volta na pista tendo o comunicante colidido na lateral traseira do lado esquerdo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Antebraço esquerdo e maxíbula, perda de dois dentes, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/03/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: APW25855-1PWP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA




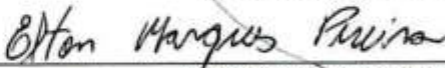
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social




Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil



ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante



ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fidedigna do original que me foi exibido
Campina Grande


28-0917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW2SS56 - KLCT
Consulte a autenticidade em selo.digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Elton Marques Pereira

CPF da Vítima

069.135.024-86

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Elton Marques Pereira**, vítima de acidente de trânsito no dia 15 de Abril de 2017 aproximadamente às 07hs30min, End: BR 230 – Lagoa de Dentro, sendo o paciente atendido e removido para Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Maio de 2017.

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

069.135.024-86

Nome completo da vítima

Olton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Olton Marques Pereira		CPF titular da conta 069.135.024-86	Profissão Militar
Endereço Rua São Severino		Número 124	Complemento
Bairro Monte Santo	Cidade	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD)

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

21 MAR. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO
Banco do Brasil	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
1634-9	27491
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Olton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180142770**
Nome do(a) Examinado(a): **ELTON MARQUES PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R S SEVERINO nº 124 - MTE SANTO - CAMPINA GRANDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data e local do acidente: **15/04/2017 CAMPINA GRANDE/PB**
Data e local do exame: **03/05/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA + QUEBRA DE DENTES FRONTAIS**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRANDO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO JOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E
COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSÃO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **CRANIOFACIAL**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Otorrinolaringologista e Otorrinolaringologista
CRM: 6492

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta nº: 12823234

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142770
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Valor: **R\$ 2.193,75**

Banco: **001**

Agência: **000001634-9**

Conta: **000010027791-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Sinistro: **3180142770**
Vítima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180142770** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA
Nº Sinistro: 3180142770
Vitima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142770**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**

Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Data do Acidente: **15/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142770**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12607483



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000010027791-8

Nr. da Autenticação 5EFEA85FB178E5D6



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1416230

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Mathheus Almeida Mendonça

PACIENTE: ELTON MARQUES

CEP: 58400002

Nascimento: 25/04/1988

PEREIRA
Endereço: SAO SEVERINO

Sexo: M
Telefone:

Bairro: MONTE SANTO

Cidade: Campina Grande

Nº: 124

Nome da Mãe: HERDILADE MARQUES
PEREIRA

RG:

Profissão: ~~policial~~ Militar

Responsável: SEM ACOMPANHANTE

Data de
Atend: 15/04/2017

CNS: 53423413

CONVÊNIO: SUS

Especialidade: ~~Vin~~

CRM:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Estado Civil:

Medico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abração

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Cortadura

6. Escoriação

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Emagrecimento

11. Equimose

12. Ferida aberta

13. Ferida de fogo

14. Ferida perfurante

15. Ferida cortante

16. Ferida cortante

17. Ferida cortante

18. Ferida cortante

19. Ferida cortante

20. Ferida cortante

21. Ferida cortante

22. Ferida cortante

23. Ferida cortante

24. Ferida cortante

25. Ferida cortante

26. Ferida cortante

27. Ferida cortante

28. Ferida cortante

29. Ferida cortante

30. Ferida cortante

31. Ferida cortante

32. Ferida cortante

33. Ferida cortante

34. Ferida cortante

35. Ferida cortante

36. Ferida cortante

37. Ferida cortante

38. Ferida cortante

39. Ferida cortante

40. Ferida cortante

41. Ferida cortante

42. Ferida cortante

43. Ferida cortante

44. Ferida cortante

45. Ferida cortante

46. Ferida cortante

47. Ferida cortante

48. Ferida cortante

49. Ferida cortante

50. Ferida cortante

51. Ferida cortante

52. Ferida cortante

53. Ferida cortante

54. Ferida cortante

55. Ferida cortante

56. Ferida cortante

57. Ferida cortante

58. Ferida cortante

59. Ferida cortante

60. Ferida cortante

61. Ferida cortante

62. Ferida cortante

63. Ferida cortante

64. Ferida cortante

65. Ferida cortante

66. Ferida cortante

67. Ferida cortante

68. Ferida cortante

69. Ferida cortante

70. Ferida cortante

71. Ferida cortante

72. Ferida cortante

73. Ferida cortante

74. Ferida cortante

75. Ferida cortante

76. Ferida cortante

77. Ferida cortante

78. Ferida cortante

79. Ferida cortante

80. Ferida cortante

81. Ferida cortante

82. Ferida cortante

83. Ferida cortante

84. Ferida cortante

85. Ferida cortante

86. Ferida cortante

87. Ferida cortante

88. Ferida cortante

89. Ferida cortante

90. Ferida cortante

91. Ferida cortante

92. Ferida cortante

93. Ferida cortante

94. Ferida cortante

95. Ferida cortante

96. Ferida cortante

97. Ferida cortante

98. Ferida cortante

99. Ferida cortante

100. Ferida cortante

101. Ferida cortante

102. Ferida cortante

103. Ferida cortante

104. Ferida cortante

105. Ferida cortante

106. Ferida cortante

107. Ferida cortante

108. Ferida cortante

109. Ferida cortante

110. Ferida cortante

111. Ferida cortante

112. Ferida cortante

113. Ferida cortante

114. Ferida cortante

115. Ferida cortante

116. Ferida cortante

117. Ferida cortante

118. Ferida cortante

119. Ferida cortante

120. Ferida cortante

121. Ferida cortante

122. Ferida cortante

123. Ferida cortante

124. Ferida cortante

125. Ferida cortante

126. Ferida cortante

127. Ferida cortante

128. Ferida cortante

129. Ferida cortante

130. Ferida cortante

131. Ferida cortante

132. Ferida cortante

133. Ferida cortante

134. Ferida cortante

135. Ferida cortante

136. Ferida cortante

137. Ferida cortante

138. Ferida cortante

139. Ferida cortante

140. Ferida cortante

141. Ferida cortante

142. Ferida cortante

143. Ferida cortante

144. Ferida cortante

145. Ferida cortante

146. Ferida cortante

147. Ferida cortante

148. Ferida cortante

149. Ferida cortante

150. Ferida cortante

151. Ferida cortante

152. Ferida cortante

153. Ferida cortante

154. Ferida cortante

155. Ferida cortante

156. Ferida cortante

157. Ferida cortante

158. Ferida cortante

159. Ferida cortante

160. Ferida cortante

161. Ferida cortante

162. Ferida cortante

163. Ferida cortante

164. Ferida cortante

165. Ferida cortante

166. Ferida cortante

167. Ferida cortante

168. Ferida cortante

169. Ferida cortante

170. Ferida cortante

171. Ferida cortante

172. Ferida cortante

173. Ferida cortante

174. Ferida cortante

175. Ferida cortante

176. Ferida cortante

177. Ferida cortante

178. Ferida cortante

179. Ferida cortante

180. Ferida cortante

181. Ferida cortante

182. Ferida cortante

183. Ferida cortante

184. Ferida cortante

185. Ferida cortante

186. Ferida cortante

187. Ferida cortante

188. Ferida cortante

189. Ferida cortante

190. Ferida cortante

191. Ferida cortante

192. Ferida cortante

193. Ferida cortante

194. Ferida cortante

195. Ferida cortante

196. Ferida cortante

197. Ferida cortante

198. Ferida cortante

199. Ferida cortante

200. Ferida cortante

201. Ferida cortante

202. Ferida cortante

203. Ferida cortante

204. Ferida cortante

205. Ferida cortante

206. Ferida cortante

207. Ferida cortante

208. Ferida cortante

209. Ferida cortante

210. Ferida cortante

211. Ferida cortante

212. Ferida cortante

213. Ferida cortante

214. Ferida cortante

215. Ferida cortante

216. Ferida cortante

217. Ferida cortante

218. Ferida cortante

219. Ferida cortante

220. Ferida cortante

221. Ferida cortante

222. Ferida cortante

223. Ferida cortante

224. Ferida cortante

225. Ferida cortante

226. Ferida cortante

227. Ferida cortante

228. Ferida cortante

229. Ferida cortante

230. Ferida cortante

231. Ferida cortante

232. Ferida cortante

233. Ferida cortante

234. Ferida cortante

235. Ferida cortante

236. Ferida cortante

237. Ferida cortante

238. Ferida cortante

239. Ferida cortante

240. Ferida cortante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Ficha de Acolhimento

Nome: Eilton Marques Pereira Bairro: ponte santa
End: Rua das Severas 124 Documento de Identificação: _____
Data de Nascimento: 25-04-88 Hora: 08:05 Documento: _____
Queixa: Acidmoto Data do Atend.: 15.07.17
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (☒) Bom (☐) Regular (☐) Baixo

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

Dosagem de HGT:

Deambulação: (☐) Livre (☐) Cadeira de rodas (☐) Maca

Aspecto: (☐) Calmo (☐) Fácies de dor (☐) Agitado

Frequência cardíaca:

Temperatura axilar:

Mucosas: (☐) Normocorada (☐) Pálida

Estratificação

MOD. 110

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Nome do Paciente <i>Elton Marques Paula</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>15/04/17</i>	Enf. <i>09</i>		Leito <i>01</i>
Operador <i>Felipe Guedes</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia <i>Genardir Abrantes</i>		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura - Luxação Goleas</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em decúbito dorsal na anestesia
- 2) Feito amplexia e aninharia
- 3) A posição de campos estáis
- 4) Incisão vertical para acesso ao rádio.
- 5) Dispositivo por placas
- 6) Redução exata de fratura do rádio.
- 7) Fixação de rádio com placas e parafusos
- 8) Observado estabilidade da ARVD
- 9) Fixação da ARVD com fio de Kirschner
- 10) Sutura por planos
- 11) Curativos

COMPREVEIO E RECEBIDA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Carlos Gilberto
Gonçalves
Médico
11/03/2018

THE
LIBRARY OF THE
MUSEUM OF MODERN ART
1000 5th Ave. New York 17, N.Y.



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

HOSPITAL DE TRAUMAS

R. GRANDE

ELTON MARQUES VERCIN

1416230

Nº AI H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

Trat. Pós-Operatório do OSSOS do ANTEBRAÇO

Placa 3.5 DCP 7Ft
Paraf. Cortical 3.5 x 18
" " 3.5 x 14

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

01

03

05

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

15/04/2017

Dr. Felipe


OBSERVAÇÕES

Q 3.5 Simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.338

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Elton marques Pereira D.N. 25/04/88						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO SUS	IDADE 28	REGISTRO 1416230		
CIRURGIA Redução e liberação de pat. dos membros antebraço (E)		CIRURGIÃO Dr. Felipe				
ANESTESIA Arquivo de Bloco Braquial (E)		ANESTESISTA Dr. Jurandir				
INSTRUMENTADORA Jose		DATA 13/04/17	INÍCIO 17:45	FIM 18:40		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
02	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Ceta p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
02	Ravon amp. banomol		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
02	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 1m xylocaine		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O. ml	02	Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
02	Fiebucoctid amp. Decadron		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 25 moled.			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico Clorox		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor plástico		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupfason amp.		Sonda folley	Qtd.	Q23,5 ORTESE E PRÓTESE TM	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Placa DCP 7 furos	
	2g cefepime		Sonda Uretral nº	07	Parafusos lorticaux	
			Sterydrem ml	01	Fio de Kurshner nº 20	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Foco de Emergência <input type="checkbox"/> Foco de Emergência	
	Agulha desc. 28 x 28		Latesol		<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico	
	Agulha desc. 3 x 4,5					
Q15	Agulha p/ raque nº		05 Eletrodos			
Q15	Alcool de Enfermagem		05 Algodão Antipe			
04	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Gavote as 17:50



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8002

Assinatura do anestesista

COMPROVADO DE RESIDÊNCIA
29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: ELTON MARQUES		IDADE	SEXO	COR	
DATA: 15/04/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URBÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura ossos do Antebraço					ESTADO FÍSICO	RECUP.	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
DENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS					INDUÇÃO	
						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
CÓDIGOS ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA				MANUTENÇÃO	
						Cat 8h02 Digluon 02 Decadron 04 Nasal 04 Dormona 04 Fentanil 02 Não, por quê? DA 3 times	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						ANESTESIA Satisf.: Sim _____ Não _____	
POSIÇÃO						Despertar	
AGENTES						Reflexos na SO: _____	
TÉCNICA						Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____	
OPERAÇÃO						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
CIRURGIÕES						Outros: _____	
ANESTESISTAS						Com cânula: _____	
OBSERVAÇÕES						Paro o Leito Sim _____ Não _____	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						CONDICÕES:	
						PERDA SANGÜÍNEA	

28 MAR. 2018

PROTOCOLLO

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

AG. JOÃO PESTANA VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IGACAO DO PACIENTE: Elton Marques Pereira

IDADE:

PRONTUÁRIO

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

MS
OFFICE

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

→ NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

□ **REVISÃO DO CIRURGIÃO: HA PASSOS CRITICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HA POSSIVEIS PERDAS SANGUINEAS?**

O REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? *Sim*

□ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) *Sim*.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

DISC

NÃO SE APLICAR

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

MIS

NÃO SE APLICA

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Validade da S. L. Baserra
TSC ENEER MAGEM
COGEM 250721

Assinatura

RECEBIMOS DO SENADO
EM 28 MAR 2018
O PRESIDENTE DA AG. JOÃO PESSOA

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Y entre campo de salitri

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Erilton Marques Pereira	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta livre por VO após suspensão antiácida. 2) SF 0,9% 1000 ml EV 24h 3) S.E. 5% 500 ml 24h 4) Oxalotina 1g + AD EV 6lh 5) Diltazem 1g + AD EV 6lh 6) Nitroli 40mg + AD 1x ao dia. 7) Murexolom 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 5lh. 8) SSVV + CCG 	<p>24h</p> <p>24h</p> <p>24h</p> <p>24h</p> <p>24h</p> <p>24h</p> <p>24h</p> <p>24h</p>	<p>Deu em por de suspensão do radio em plasma e plasma. Incidido em interconversão.</p> <p>CO. VPM</p>

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

EX RÁDIO E + EX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ITALIA OKTOFEDICA

LEITO 9-1

[illegible]

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 9-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
17/04				
1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica		
2	JELCO SALINIZADO			
4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H			
5	TRAMAL 100mg + SEQ 9% 100ml EV 8/8h S/N			
6	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N			
7	OMEPRAZOL 40mg 1-EP VO-EM-JEJUM			
8	CEFTIRAXONE 1g + ABD EV 12/12H			
9	CURATIVO 1x d.c.			
10	MSE ELEVADO			
11	SSVW+CCGG			
12	Estimulou Deambulação e Ingestão			
13	Estimulou Ingestão Hidrica			
14				
15				
16				
17				
18				
19	Alta Hospitalar e orientações			
20	de permissão Ambulatorial (+			
21	Trastuzumabe + ANE + AB			
22	PI card.			

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13,21				120 80		Paciente consciente e orientado, sem queixas, medicado segue aos cuidados de enfermagem. Com eliminações presente	
	17,30						Paciente em alta hospitalar, presente no Juro naõ foi medicado	

Josane C. de Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN 177938

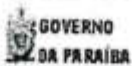
28 MAR. 2018

PROTÓCOLO

16 JOÃO PESSOA

colhera 10 gotas 10ml
vazão 10ml
repositos
admitidos

110/71



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	<i>W. M. S. / P. C. M.</i>
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.



[Signature]
Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

Sr(a): ELTON MARQUES Protocolo: 0000331446 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 16-04-2017 11:33 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 28 anos Destino: ENF 09 - L. 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:55]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.11 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	88 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,5 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrofilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	243	
Segmentados.....	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	162	3,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEU FÉ REVIDA 3A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

Sr(a):	ELTON MARQUES	Protocolo:	0000331446	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	16-04-2017 11:33	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	ENF 03 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min

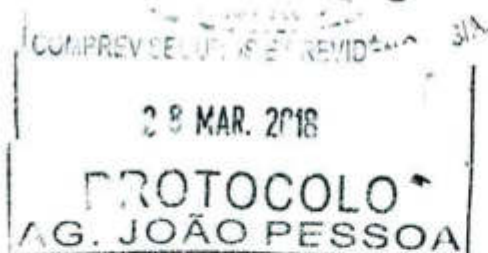
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

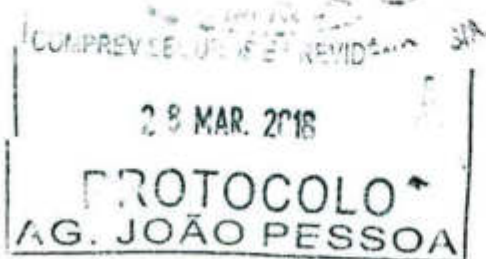
Nome: Elton Marques Pereira Registro: 9 Leito: 9 Setor Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

(✓) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques Registro: _____ Leito: 9-1 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (2) Local: Prisão Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (2) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (2) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: NSD	Data da punção 15/04/12
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	23 MAR. 2018
Alimentação: () AVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data:	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	AG. JOÃO PESSOA
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada (x) Equimoses (x) Hematomas (x) Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
(x) Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>As 06:00 hs paciente repete o transtorno por exaustão já observado um sangramento discreto. São as 07:00h o paciente repete que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultado normal. Quanto ao caso foi o mesmo avaliando logo as condições de emergência</p>	
28 MAR. 2018	
PROTOCOLO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<p>DATA: 28/04/12 HORA: _____ h</p> <p>Assinatura: SDR 335548</p>	

COMPRACEDU...
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Hexoflavone Marques Pereira

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAITE
CONFERE COM O ORIGINAL
21/06/2017
ASS. *[Signature]*

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17 #Ncr
as 9H20Última de polítrona
por acidente com moraculite
cloromacil (P)si perde de consciência
sem vômitosGlasgow 15
sem dev. cefálicaTTC sem anormalidades reflexivas,
ao TTC no condorhmenteInferencia. História de zarcos
TTC col. cervical sem fraturaCD: Observação neurológica no verde 64
Dipirone 2x 666
bbis de colormacil no oratório (P)

DESTINO DO PACIENTE / / / as : hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

X Encha M. Pereira
Ass. No paciente ou responsável (quando necessário)Cm. Alfredo Lucca Neto,
Médico e Cirurgião de 1ª e 2ª
Graus, CRM 10.119.983,
CRM 10.119.983

23 MAR 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Bottom Paper

Andrew BA
Ardmills

$$F_2 \text{ (hydro)} \quad \textcircled{f} \quad + \quad \textcircled{g} \quad \text{a.p.d.} \quad x_5$$

Paciente	Diana 12/2/20			Alojamento	Leito	Convênio
----------	---------------	--	--	------------	-------	----------

[illegible]



[illegible]

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

1000000

CUMPRIR SEU DEVER
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Elton Marques Pereira

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro

Profissão: Policial Militar

Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86

Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte Santo

PROCURADOR:

Nome: João Evivan Fernandes de Medeiros

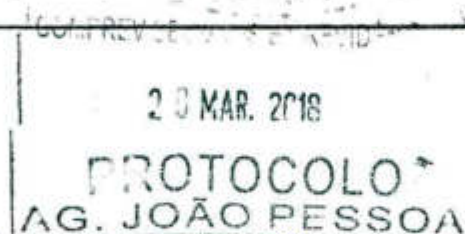
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado

Profissão: Corretor

Identidade: 1.381.455 CPF: 026864664-30

Endereço: Rua Henrique Dias nº 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima



Local e data

CARTÓRIO

PIRA GRANDE - PB

Elton Marques Pereira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPRESSE

PROTOCOLO*
AG. JOÃO PESSOA



Rua Major Daniel Juvino do O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriodenotas@gmail.com

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Alison Maciel Pereira
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante 27 DEZ. 2017
Dou fé, Campina Grande, _____

Tabelia (Valter Juciana Almeida de Moraes)

Reconheço a(s) firma(s) de:

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande,

Tabellā (Valterluciana Almeida de Moraes)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLÍNICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRANDO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO JOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.
PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CÉDULA DE IDENTIDADE

Formação Específica: **Técnico em Transações Imobiliárias**
 Habilitado na forma da Lei nº 8.530 de 12 de maio de 1978.

Expedido por: **SENAC/RN**
 Data de Expedição: **24.11.04**

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS
 Assinatura do Portador

POLGAR DIREITO

COLEPREVIE 11/05/2018 314

23 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
 17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição: **2141** C1 Data de Inscrição: **30.11.04** vs 18

Nome: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS** Nacionalidade: **Brasileira**

Data de Nascimento: **02.01.71** Naturalidade: **Campina Grande/PB**

Filiação: **Joana D'arc Fernandes de Medeiros**

Nº Cad. Ident. Orgão: **1.381.456 INEP/RN** Data Expedição: **15.01.92**

C.P.F.: **026.864.664-30** Data: **14.01.05**

Local: **Natal/RN**

Assinatura: _____

Cartão de Registro Profissional

Cartão de Registro Profissional



23 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** 0889

Pág. 001 de 002



CTC RECIFE PE PL7

ELTON M PEREIRA
R SAO SEVERINO 124
MONTE SANTO
58400-747 CAMPINA GRANDE - PB

Vencimento:
05/04/2018

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 23/04/2018

Atenção:

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ **1.258,05**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **188,71**

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 123,86
+23X 123,80



Postagem: 75632/18

Vencimento: 05/04/2018

7213195069055030000019008630260318

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 123,86 - CET 199,43% a.a.). Se você possuir parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada nesta mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br ou procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R\$ 1.258,05
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 1.258,05

Resumo em Real

Saldo anterior 1.918,09
Pagamentos/Créditos - 1.918,09
Compras/Debitos 1.258,05
Saldo - R\$ 1.258,05
Saldo parcelado 2.775
faturas futuras

Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros debitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1 - A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 0,00
Encargos
Retiradas na função crédito 0,00
Uso do limite de crédito rotativo 0,00

Limites

Total para transação à vista 4.233
Saques (incluindo no total transação à vista) 4.233
Total para transações parceladas 2.000
Credenciário 20.488

Consulte seus limites disponíveis, acesse www.bb.com.br

Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em 21.03.2018 4.730
Consulte pontos a preservar e saldo atual
- **caixas eletrônicas:** Ponto pra Você - Prog. Recompensas
- **internet:** Ponto pra Você-Dem. Acum. Pontos
- **Aplicativo BB no mobile:** Ponto pra Você-Dem. Acum. Pontos

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % ao mês

Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sítios hospedados fora do Brasil.

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	19x05 ao Mes (%)	19x05 ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)¹
Crédito Rotativo Saques¹	9,98	213,15	0,38	0,0082	227,42
Parcelado administradora³	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)³,⁴	7,45	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito do cartão BB será de 14,90% ao mês, CET 489,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.

2 - Resultado de incidência da Taxa de Juros de Mora, calculada sobre o valor devido no vencimento de um ano.

3 - Taxas de juros quanto a alterações de juros de mora, calculadas sobre o valor devido no vencimento de um ano.

4 - Os serviços não estão disponíveis para todos os clientes. Consulte o site www.bb.com.br para mais informações.

Obs.: Taxa de Saque R\$ 12,00 por saque. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 1,00 por boleto.

COMPROMISSO DE PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
AG. JUA

BANCO DO BRASIL	001-9				
Nome do Pagador ICPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86 R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB					
Sacador / Avalista					
Nosso Número 000000000089996220	Nº do documento	Data de Vencimento 05/04/2018	Valor Documento 1.258,05	Valor Pago	
Nome do Beneficiário CNPJ/CNPJ/Endereço Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 - Ed Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)					
Agência / Código do Beneficiário 4700-7 31027-91-10-9					

BANCO DO BRASIL	001-9				
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Data de Vencimento 05/04/2018
Nome do Beneficiário CNPJ/CNPJ/Endereço Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 - Ed Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)					Agência / Código do Beneficiário 4700-7 31027-91-10-9
Data do documento 22/03/2018	Nº do documento	Espécie DOC.	Acerto N	Data processamento 22/03/2018	Nosso Número 000000000089996220
Use do Banco	Carteira 66	Espécie R\$	Quantidade X	Valor	(*) Valor Documento 1.258,05
Informações de responsabilidade do Beneficiário O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO, PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELESUA FATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Pago
Nome do Pagador ICPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86 R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Jose Evivan F. de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 026.864.664 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elton Marques Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Idoso da Vítima Elton Marques Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, 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 Henrique Dias</u>		Número <u>370</u>	Complemento
Bairro <u>Conceição</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Jose Evivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Elton Marques Pereira

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro

Profissão: Policial Militar

Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86

Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte Santo

PROCURADOR:

Nome: José Evivan Fernandes de Medeiros

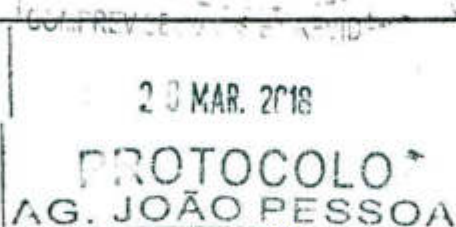
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado

Profissão: Corretor

Identidade: 1.381.455 CPF: 026864664-30

Endereço: Rua Henrique Dias nº 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima



Local e data

CARTÓRIO

PIRA GRANDE - PB

Elton Marques Pereira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPRESSE

PROTOCOLO*
AG. JOÃO PESSOA



Rua Major Daniel Juvino do O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriordenatas@gmail.com

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Alison Maciel Pereira
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante 27 DEZ. 2017
Dou fé, Campina Grande, _____

Tabelia (Valterluciana Almeida de Moraes)

Reconheço a(s) firma(s) de:

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande,

Tabellā (Valterluciana Almeida de Moraes)