

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**

Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**

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

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142777**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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 12627216



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA
Nº Sinistro: 3180142777
Vitima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142777**, 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

Carta nº 12633356



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta nº: 12813142

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142777
Vitima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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\$ 1.381,50

Banco: 001

Agência: 000001634-9

Conta: 000010027791-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação I: 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



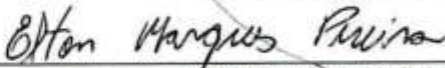
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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, 28-09-17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25556 - KLCT
Consulte a autenticidade em selo.digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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





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

MATRICULA

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
OUT/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

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

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Cláudio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103
Otorrinolaringologista

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: FELTON GARCIA

Endereço: _____

Prescrição: 100mg

100mg
Tomar 100mg de 6/6h po
07 dias

Data: 17 / 03 / 20

Dr. Cláudio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103
Otorrinolaringologista

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Katharina Menezes de Almeida

Ident: 99023137961 Org. Emissor: SP-CE

End.: R. Rodrigues Alves n. 1440

Cidade: P. Branco UF: CE

Telefone: 99643-4367

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ DATA: _____

MOD 083

IMPRESSÃO
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
0789600470002	LEFLEXINA 500MG 10CAP EMS 30x28,67	86,01					
Desconto		-34,44					51,57
07898096577000	AMFLEX RET 200MG 60APS 10x32,11	32,11					
Desconto		-6,74					25,37
078962303043	ALCOOL 70% GL ADVANSEPT 30ML						
	1FRCx5,99						5,99
Desconto		-0,30					5,69
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID						
	1PCx2,00						2,00
Desconto		-0,10					1,90
QTD. TOTAL DE ITENS							4
VALOR TOTAL R\$							126,11
DESCONTOS R\$							-41,58
VALOR A PAGAR R\$							84,53
Cartão de Crédito							84,53

EMISSION NORMAL

Numero: 117934 Serie: 1
Emissão: 17/04/2017 16:42:43 Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/nf/seg/SEGI_AcesSarFuncão.jsp?cdFuncão=FIS_1410
2517 0407 2700 3100 1419 6500 1000 1179 3410 8191 9100
Protocolo de Autorização: 325170081124343
Data de autorização: 17/04/2017 16:46:58
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
PV0000249465
Trib aprox R\$ 11,59 Fed e 10,93 Est e 0,00 Mun
Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 41,58
Balc: 1153 N. Controle: 398851
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:128458-KARLA MARIA DE A NOURA
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 22,52

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

17/04/2017 16:42

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO MASTER CREDITO

Numero do documento: 117934

REDE

MASTERCARD

COMPR:752128922 VALOR: 84,53
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099
CARTAO: xxxx xxxx xxxx 9886
AUTORIZACAO: 425576
ARQC:39CDA773522475AF
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

REDE

MASTERCARD

COMPR:752128922 VALOR: 84,53
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099
CARTAO: xxxx xxxx xxxx 9886
AUTORIZACAO: 425576
ARQC:39CDA773522475AF
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)





FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0018-42
RUA VIGOUVINO WANDERLEY, 250, CENTRO, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UN VL TOTAL
07896523212685 NIMESOLIDA 100MG 12CPR OMEFARMA UNIDx19,33 19,33

Desconto -9,91 9,42
QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R\$ 19,33
DESCONTOS R\$ -9,91
VALOR A PAGAR R\$ 9,42
Dinheiro 10,00
TROCO R\$ 0,58

EMISSION NORMAL

Número: 57552 Série: 1
Emissão: 22/08/2017 18:14:50 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGF_Aces
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGF_Aces
sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0807 2750 3100 1942 6500 1000 0575 5216 9720 9556
Protocolo de Autorização: 325170180736722
Data de autorização: 22/08/2017 18:14:53
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C466750BCA18C2D901F20B8E1A19888E
PV0000258058
Trib aprox R\$ 1,27 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 9,91
Balc: 784 N.Controle:494421
1000-FIDELIDADE REDEDIAS
Cliente:45594-BETANIA ARAUJO MIGUEL
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 1,27

OMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

20-MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#1 QTD | DESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | ALIO JVL ITEM R\$

01 07951 PERIOTRAT DENTAL 250 1,00 UNx 17,00 F 17,00

QTD. TOTAL DE ITENS 1

VALOR TOTAL R\$ 17,00

FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO

CARTAO DE CREDITO 17,00

Trib Aprox R\$ 0,71 Federal e 2,89 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000903690 Série 002
Emissão 22/04/2017 20:13:53

Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO
2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 9010 0000 0015

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização : 325170085197550
22/04/2017 20:13:53

PDV: 002 LJ: 2305 Con: 0000007256

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE, PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#1 QTD | DESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | ALIO JVL ITEM R\$
01 53680 OILUF RES 15 EMS 20 1,00 UNx 12,83 F 12,83
de 12,83 por 8,15 desconto de 4,68
Valor Liquidado 8,15

QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R\$ 12,83
DESCONTOS R\$ -4,68
VALOR TOTAL R\$ 8,15
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
CARTAO DE CREDITO 8,15

Trib Aprox R\$ 1,10 Federal e 1,39 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000003690 Série 002
Emissão 22/04/2017 20:10:25

Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO
2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 8810 0000 0017

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização : 325170085195786
22/04/2017 20:10:25

PDV: 002 LJ: 2305 Con: 0000007256

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ: 07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica**

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
0789809657031	DECEIL SL 10MG 100X29,95						29,95
Desconto		-5,99					23,96
QTD. TOTAL DE ITENS						1	
VALOR TOTAL R\$						29,95	
DESCONTOS R\$						-5,99	
VALOR A PAGAR R\$						23,96	
Cartão de Crédito						23,96	

EMISSION NORMAL

Numero: 131794 Serie: 1
Emissão: 24/05/2017 10:59:22 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/arf/seg/SEGf_AcesSarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0507 2750 3100 1419 6500 1000 1317 9414 4314 3867
Protocolo de Autorização: 325170109299740
Data de autorização: 24/05/2017 11:00:01
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



CIN BRASILEIRA DE DISCRIMINACAO
CNPJ - 47.508.411/1596-58
Av. Prefeito Severino Bezerra Cabral, 1339
Mirante - PB

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA
* | COD | DESC | QTD | UN | VL UN R\$ | (VLTR R\$) | VL ITEM R\$

001	00000007067914	PIPIRONA SOD 6TS 4 UN X 1,82 (0,99)	7,28
002	00000004640647	MANTEIGA DE CACAU BR 1 UN X 2,99 (0,93)	2,99
QTD. TOTAL DE ITENS			2
VALOR TOTAL R\$			10,27
CARTÃO			10,27

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/>

2517 0547 5064 1115 9856 6500 4000 0337 5110 0000 5376

CONSUMIDOR OUTROS:

Nº e 000033751 Serie 004 05/05/2017 16:34:37
Protocolo de autorização: 325170094797765
Data de autorização: 05/05/2017 16:34:37



20170505234200400000537
NO-5: 8018e90bf03cc530bec3ebf5efb928e8
PARABITA LEGAL - RECEITA CIDADADA
TORPEDO PREMIADO:
161859798 05052017 000537 1027
POU:004 LJ:2342 Ve:24 COD:537
SIACFISC.ELE V:11.12.00 Op:000908602 Edneide Nascimento
CIELO-VISA CREDIT
498442-0889-01/21
POS-62150839 DOC-004924 AUT-080120
VENDA A CREDITO
VALOR: 10,27 CTR:05509424009
Trib aprox R\$: Val aprox Trib Fed 1,38 (13,44%)
Val aprox Trib Est 0,53 (5,16%) Fonte:IBPT

MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D825040EAC412
PV0000261182
Trib aprox R\$ 3,22 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H412P7
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 5,99
Baic: 1153 M.Controle:417887
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:69759-ELTON ADELINO DOS SANTOS
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 3,22

FARMACIA DIAS LTDA (020)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075956

24/05/2017 10:59

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO VISA CREDITO
Numero do documento: 131794

CIELO
VISA CREDITO
498442*****0889
1a VIA-CLIENTE AUT=039316
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

CIELO (SiTef)
VISA CREDITO
498442*****0889
2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=039316
05/104232547000002 PDV=42232117
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELTON M. PEREIRA
A0000000031010-09E01120000

OMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

28 MAR. 2018

PROCOLO
AG. JOAO PESSOA

MD5- 1B65A85CF8E0A566F310A2504DEAC12

PV0000251112

Trib aprox R\$ 3,39 Fed e 5,16 Est e 0,00 Mun Fo

nte: IBPT H4T2P7

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 1,51

Balc: 1389 N. Controle: 401589

FIDELIDADE REDEIAS-20.180.384/0001-89

Cliente-25851-LUCIALVA SILVA ARRUDA LUN

Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei

Federal 12.741/2012): R\$ 8,55

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ: 07.275.031/0014-19
RUA ANTONIO NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código Descrição QTD UN VAL UN 1 VAL TOTAL
07898100612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS L/10 UNID
5PEX2,00 10,00

Desconto 0,50 9,50

0789180000672 AGUARD LIMP LYSNE 12CM 5PEX2,98 14,90

Desconto 0,35 14,55

07896230301146 SORO FISIOLÓGICO ADV 0,9% 500ML

1UNOX5,25 5,25

Desconto 0,26 4,99

QTD. TOTAL DE ITENS 3

VALOR TOTAL R\$ 30,15

DESCONTOS R\$ 1,51

VALOR A PAGAR R\$ 28,64

Cartão de Crédito 28,64

EMISSION NORMAL

Número: 119876 Série: 1

Emissão: 22/04/2017 20:29:25 - Via do Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

https://www5.receita.pb.gov.br/nf/seg/SEB/Aces-sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410

2517 0907 2750 3100 1419 6500 1000 1198 7618 3200 9005

Protocolo de Autorização: 325170085204944

Data de autorização: 22/04/2017 20:29:44

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



FARMACIA DIAS LTDA (020)

FARMACIA DIAS LTDA

RUA ANTONIO NAVARRO, 374 CEP: 58400-520

PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075456

22/04/2017 20:29

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO VISA CREDITO

Número do documento:

119876

CIELO

VISA CREDITO

498442*****0889

1a VIA-CLIENTE

AUT=956497

DOC=220139 22 04 17

20-29 ONL-C

VENDA A CREDITO

28,64

VALOR:

(SiTef)

CIELO

VISA CREDITO

498442*****0889

2a VIA-ESTABELECIMENTO

AUT=956497

DOC=220139 22 04 17

20-29 ONL-C

VENDA A CREDITO

28,64

VALOR:

TRANSALMO AUTORIZADA COM SENHA

ELTON A PEREIRA

8000000031010 0298E6DCB8A0024A

VISA CREDITO

(Tef)

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 61.585.865/1628-01 - IE: 162065651

22/04/2017 20:15:03

CDU: 0000007261

CIELO
VISA CREDITO

498442*****0889-01/21

1a VIA-CLIENTE

AUT=927749

DOC=220075 22/04/17

20:14 ONL-C

VENDA A CREDITO

VALOR:

17,00

(SiTef)

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ: 07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	TOTAL
07896331705140	PERLUTRAI SOL BUCAL S/ALCOOL	250M			
	LUNDx27,12				27,12
Desconto	-2,73				24,39
0789180000675	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,52				2,52
Desconto	-0,13				2,39
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
Desconto	-0,15				2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
Desconto	-0,15				2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
Desconto	-0,15				2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
Desconto	-0,15				2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
Desconto	-0,15				2,83
0789654425458	ESPO TAP MISSNER 2,5/4,51 LUNDx5,50				5,50
Desconto	-0,28				5,22
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	IPCx2,00				2,00
Desconto	-0,10				1,90
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	IPCx2,00				2,00
Desconto	-0,10				1,90
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	IPCx2,00				2,00
Desconto	-0,10				1,90
QTD. TOTAL DE ITENS					11
VALOR TOTAL R\$					56,04
DESCONTOS R\$					-4,19
VALOR A PAGAR R\$					51,85
Cartão de Crédito					51,85

EMISSION NORMAL

Número: 118163 Série: 1
Emissão: 18/04/2017 09:39:00 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/nfe/seg/SEG_Aces
[sarFuncao.jsp?cdFuncao=FTS_1410](https://www5.receita.pb.gov.br/nfe/seg/SEG_Aces)
2517 0407 2750 3100 1419 0500 1000 1181 6318 5256 3058
Protocolo de Autorização: 325170081520927
Data de autorização: 18/04/2017 09:39:32
CONSUMIDOR RUA ANTENOR NAVARRO



ND5: 1865A85CF8E0A566F31D82504DEAF412
Trib aprox R\$ 4,72 Fed e 9,33 Est e 0,00 Mun Po
nte: IBPT HAT2P7
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 4,19
Baic: 1256 N.Controle: 399137
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente: 2424-ELLY SONHAY DO NASCIMENTO
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 14,05

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075456

18/04/2017 09:39

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO HIPERCARD

Número do documento: 118163

REDE

HIPERCARD

COMPR: 759445034 VALOR: 51,85
ESTAB: 042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04.17-09:39:19 TERM: PV856674 180023
CARTÃO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC: 49D6458AE662FF8F

TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL

(SiTef)

REDE

HIPERCARD

COMPR: 750445034 VALOR: 51,85
ESTAB: 042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04.17-09:39:19 TERM: PV856674 180023
CARTÃO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC: 49D6458AE662FF8F

TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL

(SiTef)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Recibo

R\$ 2.000,00

Recebemos do (a) Sr. (a) / Empresa: ELTON MARQUES PEREIRA, portador do CPF 069.135.024-86 a importância de R\$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS) Referente aos Honorários por cirurgia de redução incruenta de fratura de mandíbula, pelo qual dou plena irrevogável quitação do valor acima mencionado.

Campina Grande 25 de Abril de 2017

JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE – ME

CNPJ: 16.613.789/0001-96



FICHA CLÍNICA

Dr. Josuel Raimundo Cavalcante

Nome: Elton Marques Pereira

Data Nasc. 25/04/1988

Endereço: Rua São Severino, 124

Bairro: Monte Santo

Est. Civil: Solteiro

Profissão: Militar

Cidade: C. Grande

Estado: PB

CPF: 069.135.024-86

RG: 3147954 SSP-PB

Fone:

Pai: José Pereira Filho e Ernilaide Marques Pereira

Orcamento:

Moldagem	R\$300,00
Implantes 02 unidades	R\$2.000,00
Protese sobre implantes	R\$2.000,00
Provisórios	R\$500,00
Total	R\$4.800,00



Campina Grande - PB

05 de Maio de 2017

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCA MAXILO FACIAL - CRO - 669



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>
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 PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eilton Marques Pereira		
End:	Rua São Severino 124		
Data de Nascimento:	25-04-88	Documento de Identificação:	Bairro: Monte Santo
Queixa:	AC. de MOTO	Data do Atend.: 15.04.17	Hora: 08:05
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácels de dgo	() Agitado
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

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 sob anestesia (2) Feito limpeza e antiseptia (3) A posição de campos estéril (4) Incisão feita para acesso ao rádio. (5) Dissecção por planos (6) Redução completa de fratura do rádio. (7) Fixação do rádio com placas e parafusos (8) Observado estabilidade da ARVD (9) Fixação da ARVD com fio de Kirschner (10) Sutura por planos (11) Curativos	COMPREV 250.000,00 REVID 30 28 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA <i>[Assinatura]</i>

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

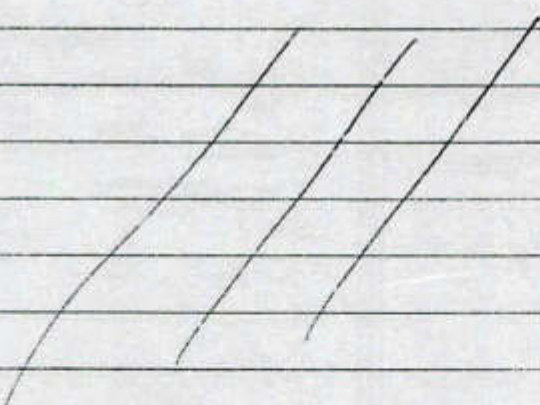
COD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

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

Placa 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	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Ravon amp. banomol		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
02	Protigmine amp.		Esparadrapo 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	
	Fiebucoctid amp. Decadron		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 25 moled.			
	Glicose amp.		Oxigênio 1m			
	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 1 litro		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		☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☐ Foco Frontal ☐ Foco de Emergência ☐ Foco de Emergência	
	Agulha desc. 28 x 28		Latesol		☐ Foco Auxiliar ☐ Eletrocautério ☐ Oxícapiógrafo ☐ Cardiomonitor ☐ 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/fixação de fratura da articulação (E)			
Cirurgião:	Dr. Felipe	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Giovanni	
Início:		Término:	Anestesia Bloqueio do plexo braquial (E)	

[illegible][illegible][illegible]



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

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME ELTON MARQUES			IDADE	SEXO	COR
DATA 150417	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URNÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura ossos do Antebraço					ESTADO FÍSICO	RSC	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO		
DENTES MANEJADOS - SÍMBOLOS LÍQUIDOS CÓDIGOS ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO Cat 8 h 02" Friguon 02 Decadron 04 Naoslon 04 Dormona 04 Fentanil 02 DA 3 times ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES 							
POSICIONAMENTO AGENTES TÉCNICA OPERAÇÃO CIRURGIÕES ANESTESISTAS OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMUNICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGÜÍNEA			

RECEBIMOS DO
EXCELENTÍSSIMO
SENHOR DEPUTADO
GABRIEL LOPES DE ALMEIDA
EM 28 MAR 2018

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	1) Dieta livre por VO após suspensão antiácidica. 2) SF 0,9% 1000 ml EV 24h 3) 5.6 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 8h 5lh. 8) SSW + CCG	24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h	Deu em por de suspensão de radio em plasma e plasma. Incidentes em intercorrências. CO. VPM

[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

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 10000

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 9-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data 17/04			Evolução Médica
1 DIETA LIVRE			#ORTOPEDIA
2 JELCO SALINIZADO			2º DTH
4 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	X (18)	(21) (6)	BCC, Batifal, s/ quexos no membrão. Nega dorres ou dores nas articulações. Nega alergias. Desidratado.
5 TRAMAL 100mg + SEQ 9% 100ml EV 8/8h S/N			Col: Uprn + Aguardo cirurgia.
6 NAUSEDRON 8mg/ml - 1FA + ABD EV 8/8h SN			Em Teócio
7 OMEPRAZOL 40mg 1-EP VO EM JEIUM			Gostaria de ir para casa mas não consigo ir. Vou ficar em casa até melhorar. Vou ficar em casa até melhorar. Vou ficar em casa até melhorar.
8 CEFTRIAXONE 1g + ABD EV 12/12H	(6)	(21) (6)	Vou ficar em casa até melhorar. Vou ficar em casa até melhorar. Vou ficar em casa até melhorar.
9 CURATIVO 1x d.c.			2 ATE VOLTAR PARA CASA
10 MSE ELEVADO			MICROBIOLOGIA
11 SSV+CCGG			
12 Estimular Desembarque do Trabalho			
13 Estimular Ingestão Hidrica			
14			
15			
16			
17			
18			
19 Alta Hospitalar e orientações			
20 da permissão ambulatória (+			
21 fisioterapia + ANE + AB			
22 Pl card.			

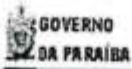
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13,21				120 80		Paciente consciente e orientado, sem queixas, medicado segue aos cuidados de enfermagem. Com eliminações presente.	
	17,30						Paciente em alta hospitalar, presente no Juro naõ foi medicada	

Josane C. de Nascimento
Téc. Enfermeira
COREN 177938

LUA PREVENÇÃO DE RISCOS
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

coletor de urina
vaso de coleta
cateter
receptáculo
medicamentos

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
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	243	
Segmentados.....	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / 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 DE L. 11.127/2018 REVIDA 31A
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

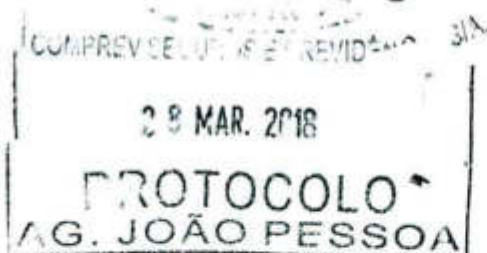
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

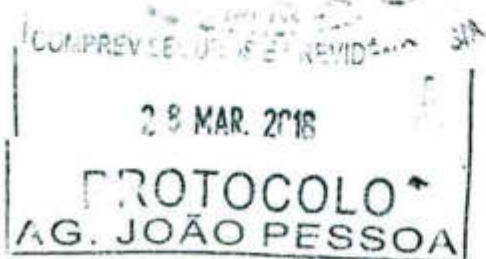
Nome: Elton Marques Pereira Registro: 9 Leito: 9 Setor Atual: Ortopedia

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: _____	23 MAR. 2018
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	AG. JOÃO PESSOA
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
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	
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.	
28 MAR. 2018 PROTOCO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 28/04/12 HORA: _____ h

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 condorhanteInferências: Membro do zarcado,
TTC col. cervical sem fraturaCD: Observação neurológica no verda 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

23 MAR 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOAGeorgie Mendes
Médico de 1ª e 2ª Graus
CRM 10.119.983

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Bottom Paper

Andrew BA
Ardmills

$$-x^2 + x - \frac{1}{2}$$

Paciente	Diana 14562		
	Alojamento	Leito	Convênio
			9.1

[illegible]



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15 04 17	14:00	—	—	—	120 70	—	Paciente evolui Estado geral regular med. Rads. Normalizada sem Queixas de sintomas sobre as lesões da enfermagem col 004974 - Cristina	

COPIA DE
3 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: **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: _____

Assessor: _____

Lei nº 6.250 de 07.05.76

Detalhe de Sinistro			
Sinistro		Histórico	
Data	Ação	Comentários	Visualizar
		FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:	
10/04/2018 16:24	Documentação pendente	ELTON MARQUES PEREIRA - Comprovante de residência (Faltando página) - OBS Observações: Apresentar Comprovante de endereço da vítima.	
10/04/2018 16:22	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
10/04/2018 16:19	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS.	
10/04/2018 16:18	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
09/04/2018 16:47	Preencher campos chave	FERNANDA DE RAMOS preencheu campos chave do sinistro.	
03/04/2018 10:49	Distribuir	Michel de Souza Ubida (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para FERNANDA DE RAMOS	
30/03/2018 09:57	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
29/03/2018 16:16	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa. Aviso Seguradora Líder de DAMS registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0110557/18	
28/03/2018 12:23	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA CPF: 06913502486 CPF de: Próprio	  
Ações		 Exibir Documentos  Cancelar	



PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142777

Data do acidente: 15/04/2017

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Campina Grande

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A

Data: 08/05/2018 10:21:28

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			4800,00	0,00
Farmácias			233,82	181,50
Taxas Odontológicas	1011	REDUÇÃO DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	2000,00	1200,00
Total da Análise Atual			7033,82	1381,50

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA. FALTA RECIBO OU NOTA FISCAL REFERENTE A DESPESA NO VALOR DE R\$ 4.800,00 , IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO. DESPESAS FARMACÊUTICAS AVALIADAS CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO ENVIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ELTON MARQUES PEREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	7033,82	1381,50	1381,50
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	7033,82	1381,50	1381,50

TOTAL PLEITEADO: 7033,82**TOTAL AVALIADO:** 1381,50**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1381,50

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Cláudio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103
Otorrinolaringologista

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: FELTON GARCIA

Endereço: _____

Prescrição: 100mg

1 comprimido de 100mg
Tomar 1 comprimido de 100mg
10 dias

Data: 17 / 04 / 20

Dr. Cláudio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103
Otorrinolaringologista

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Kelley Marya Menezes de Almeida

Ident: 99023137961 Org. Emissor: SP-CE

End.: R. Rodrigues Alves - 1440

Cidade: P. Branco UF: CE

Telefone: 99643-4367

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ DATA: _____

MOD 083

IMPRESSÃO
EMPRESA SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
0789600470002	LEFLEXINA 500MG 10CAP EMS 30x28,67	86,01					
Desconto		-34,44					51,57
07898096577000	AMFLEX RET 200MG 60APS 10x32,11	32,11					
Desconto		-6,74					25,37
078962303043	ALCOOL 70% GL ADVANSEPT 30ML						
IFRCx5,99							5,99
Desconto		-0,30					5,69
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID						
IPCx2,00							2,00
Desconto		-0,10					1,90
QTD. TOTAL DE ITENS							4
VALOR TOTAL R\$							126,11
DESCONTOS R\$							-41,58
VALOR A PAGAR R\$							84,53
Cartão de Crédito							84,53

EMISSION NORMAL

Numero: 117934 Serie: 1
Emissão: 17/04/2017 16:42:43 Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/nf/seg/SEGI_AcesSarFuncão.jsp?cdFuncão=FIS_1410

2517 0407 2700 3100 1419 6500 1000 1179 3410 8191 9100

Protocolo de Autorização: 325170081124343

Data de autorização: 17/04/2017 16:46:58

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D82504DEAC412

PV0000249465

Trib aprox R\$ 11,59 Fed e 10,93 Est e 0,00 Mun

Fonte: IBPT H4T2P7

VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 41,58

Balc: 1153 N. Controle: 398851

FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89

Cliente:128458-KARLA MARIA DE A NOURA

Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 22,52

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

17/04/2017 16:42

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO MASTER CREDITO

Numero do documento: 117934

REDE

MASTERCARD

COMPR:752128922 VALOR: 84,53

ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20

17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099

CARTAO: xxxx xxxx xxxx 9886

AUTORIZACAO: 425576

ARQC:39CDA773522475AF

TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

REDE

MASTERCARD

COMPR:752128922 VALOR: 84,53

ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20

17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099

CARTAO: xxxx xxxx xxxx 9886

AUTORIZACAO: 425576

ARQC:39CDA773522475AF

TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)





FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0018-42
RUA VIGOUVINO WANDERLEY, 250, CENTRO, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UN VL TOTAL
07896523212685 NIMESOLIDA 100MG 12CPR OMEFARMA UNIDx19,33 19,33

Desconto -9,91 9,42
QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R\$ 19,33
DESCONTOS R\$ -9,91
VALOR A PAGAR R\$ 9,42
Dinheiro 10,00
TROCO R\$ 0,58

EMISSION NORMAL

Número: 57552 Série: 1
Emissão: 22/08/2017 18:14:50 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGF_Aces
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGF_Aces
sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0807 2750 3100 1942 6500 1000 0575 5216 9720 9556
Protocolo de Autorização: 325170180736722
Data de autorização: 22/08/2017 18:14:53
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C466750BCA18C2D901F20B8E1A19888E
PV0000258058
Trib aprox R\$ 1,27 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 9,91
Balc: 784 N.Controle:494421
1000-FIDELIDADE REDEDIAS
Cliente:45594-BETANIA ARAUJO MIGUEL
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 1,27

OMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#1 QTD | DESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | ALIO JVL ITEM R\$

01 07951 PERIOTRAT DENTAL 250 1,00 UNx 17,00 F 17,00

QTD. TOTAL DE ITENS 1

VALOR TOTAL R\$ 17,00

FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO

CARTÃO DE CREDITO 17,00

Trib Aprox R\$ 0,71 Federal e 2,89 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000903690 Série 002
Emissão 22/04/2017 20:13:53

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO

2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 9010 0000 0015

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização : 325170085197550
22/04/2017 20:13:53

PDV: 002 LJ: 2305 Con: 0000007256

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE, PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#1 QTD | DESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | ALIO JVL ITEM R\$
01 53680 OILUF RES 15 EMS 20 1,00 UNx 12,83 F 12,83
de 12,83 por 8,15 desconto de 4,68
Valor Liquidado 8,15

QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R\$ 12,83
DESCONTOS R\$ -4,68
VALOR TOTAL R\$ 8,15
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
CARTÃO DE CREDITO 8,15

Trib Aprox R\$ 1,10 Federal e 1,39 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000003690 Série 002
Emissão 22/04/2017 20:10:25

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO

2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 8810 0000 0017

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização : 325170085195786
22/04/2017 20:10:25

PDV: 002 LJ: 2305 Con: 0000007256

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ: 07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica**

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
0789809657031	DECEIL SL 10MG 100X29,95						29,95
Desconto		-5,99					23,96
QTD. TOTAL DE ITENS						1	
VALOR TOTAL R\$						29,95	
DESCONTOS R\$						-5,99	
VALOR A PAGAR R\$						23,96	
Cartão de Crédito						23,96	

EMISSION NORMAL

Numero: 131794 Serie: 1
Emissão: 24/05/2017 10:59:22 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/arf/seg/SEGf_AcesSarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0507 2750 3100 1419 6500 1000 1317 9414 4314 3867
Protocolo de Autorização: 325170109299740
Data de autorização: 24/05/2017 11:00:01
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



CIN BRASILEIRA DE DISCRIMINACAO
CNPJ - 47.508.411/1596-58
Av. Prefeito Severino Bezerra Cabral, 1339
Mirante - PB

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA
* | COD | DESC | QTD | UN | VL UN R\$ | (VLTR R\$) | VL ITEM R\$

001	00000007067914	PIPIRONA SOD 6TS 4 UN X 1,82 (0,99)	7,28
002	00000004640647	MANTEIGA DE CACAU BR 1 UN X 2,99 (0,93)	2,99
QTD. TOTAL DE ITENS			2
VALOR TOTAL R\$			10,27
CARTÃO			10,27

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/>

2517 0547 5064 1115 9856 6500 4000 0337 5110 0000 5376

CONSUMIDOR OUTROS:

Nº e 000033751 Serie 004 05/05/2017 16:34:37
Protocolo de autorização: 325170094797765
Data de autorização: 05/05/2017 16:34:37



20170505234200400000537
NO-5: 8018e90bf03cc530bec3ebf5efb928e8
PARABITA LEGAL - RECEITA CIDADADA
TORPEDO PREMIADO:
161859798 05052017 000537 1027
POU:004 LJ:2342 Ve:24 COD:537
SIACFISC.ELE V:11.12.00 Op:000908602 Edneide Nascimento
CIELO-VISA CREDIT
498442-0889-01/21
POS-62150839 DOC-004924 AUT-080120
VENDA A CREDITO
VALOR: 10,27 CTR:05509424009
Trib aprox R\$: Val aprox Trib Fed 1,38 (13,44%)
Val aprox Trib Est 0,53 (5,16%) Fonte:IBPT

MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D825040EAC412
PV0000261182
Trib aprox R\$ 3,22 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H412P7
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 5,99
Baic: 1153 M.Controle:417887
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:69759-ELTON ADELINO DOS SANTOS
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 3,22

FARMACIA DIAS LTDA (020)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075956

24/05/2017 10:59

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO VISA CREDITO
Numero do documento: 131794

CIELO
VISA CREDITO
498442*****0889
1a VIA-CLIENTE AUT=039316
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

CIELO (S1Tef)
VISA CREDITO
498442*****0889
2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=039316
05/104232547000002 PDV=42232117
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELTON M. PEREIRA
A0000000031010-09E01120000

OMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MD5- 1B65A85CF8E0A566F310A2504DEAC412

PV0000251112

Trib aprox R\$ 3,39 Fed e 5,16 Est e 0,00 Mun Fo

nte: IBPT H4T2P7

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 1,51

Balc: 1389 N. Controle: 401589

FIDELIDADE REDEIAS-20.180.384/0001-89

Cliente-25851-LUCIALVA SILVA ARRUDA LUN

Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei

Federal 12.741/2012): R\$ 8,55

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ: 07.275.031/0014-19
RUA ANTONIO NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código Descrição Qtde Un. Valor Unit. Valor Total
07898100612095 COMP. GAZE ESTERIL DIAS L/10 UNID
5PEx2,00 10,00

Desconto 0,50 9,50

0789180000672 AGUARD. (VAP. LYSNE 120ML 5PEx2,98 14,90

Desconto 0,35 14,55

07896230301146 SORO FISIOLÓGICO ADV. 0,9% 500ML

1UNOX5,25 5,25

Desconto 0,26 4,99

QTD. TOTAL DE ITENS 3

VALOR TOTAL R\$ 30,15

DESCONTOS R\$ 1,51

VALOR A PAGAR R\$ 28,64

Cartão de Crédito 28,64

EMISSION NORMAL

Número: 119876 Série: 1

Emissão: 22/04/2017 20:29:25 - Via do Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://www5.receita.pb.gov.br/nf/seg/SEB/Aces>

saFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410

2517 0907 2750 3100 1419 6500 1000 1198 7618 3200 9005

Protocolo de Autorização: 325170085204944

Data de autorização: 22/04/2017 20:29:44

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



FARMACIA DIAS LTDA (020)

FARMACIA DIAS LTDA

RUA ANTONIO NAVARRO, 374 CEP: 58400-520

PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075456

22/04/2017 20:29

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO VISA CREDITO

Número do documento:

119876

CIELO

VISA CREDITO

498442*****0889

1a VIA-CLIENTE

AUT=956497

DOC=220139 22 04 17

20:29 ONL-C

VENDA A CREDITO

VALOR:

28,64

(SiTef)

CIELO

VISA CREDITO

498442*****0889

2a VIA-ESTABELECIMENTO

AUT=956497

DOC=220139 22 04 17

20:29 ONL-C

VENDA A CREDITO

VALOR:

28,64

TRANSLADO AUTORIZADO COM SENHA

ELTON A PEREIRA

8000000031010 0298E6DCB8A0024A

VISA CREDITO

(Tef)

DROGASIL

Rua Drogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 61.585.865/1628-01 - IE: 162865651

22/04/2017 20:15:03

CDU: 0000007261

CIELO
VISA CREDITO

498442*****0889-01/21

1a VIA-CLIENTE

AUT=927749

DOC=220075 22/04/17

20:14 ONL-C

VENDA A CREDITO

VALOR:

17,00

(SiTef)

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ: 07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	TOTAL
07896331705140	PERLUTRAI SOL BUCAL S/ALCOOL	250M			
	LUNDx27,12				27,12
	Desconto	-2,73			24,39
0789180000675	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,52				2,52
	Desconto	-0,13			2,39
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
	Desconto	-0,15			2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
	Desconto	-0,15			2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
	Desconto	-0,15			2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
	Desconto	-0,15			2,83
0789180000672	ATAQUADA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98				2,98
	Desconto	-0,15			2,83
0789654425458	ESPO.IMP. MISSNER 2,5/4,51 LUNDx5,50				5,50
	Desconto	-0,28			5,22
07898108612095	COMP. GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	IPCx2,00				2,00
	Desconto	-0,10			1,90
07898108612095	COMP. GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	IPCx2,00				2,00
	Desconto	-0,10			1,90
07898108612095	COMP. GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	IPCx2,00				2,00
	Desconto	-0,10			1,90
	QTD. TOTAL DE ITENS				11
	VALOR TOTAL R\$				56,04
	DESCONTOS R\$				-4,19
	VALOR A PAGAR R\$				51,85
	Cartão de Crédito				51,85

EMISSION NORMAL

Número: 118163 Série: 1
Emissão: 18/04/2017 09:39:00 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/nfe/seg/SEG_Aces
[sarFuncao.jsp?cdFuncao=FTS_1410](https://www5.receita.pb.gov.br/nfe/seg/SEG_Aces)
2517 0407 2750 3100 1419 0500 1000 1181 6318 5256 3058
Protocolo de Autorização: 325170081520927
Data de autorização: 18/04/2017 09:39:32
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



ND5: 1865A85CF8E0A566F31D82504DEAF412
Trib aprox R\$ 4,72 Fed e 9,33 Est e 0,00 Mun Po
nte: IBPT HAT2P7
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 4,19
Baic: 1256 N.Controle: 399137
FIDELIDADE REDE DIAS-20.180.384/0001-89
Cliente: 2424-ELLY SONHAY DO NASCIMENTO
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 14,05

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075456

18/04/2017 09:39

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO HIPERCARD

Número do documento: 118163

REDE

HIPERCARD

COMPR: 759445034 VALOR: 51,85

ESTAB: 042783003 FARMACIA DIAS 20

18.04.17-09:39:19 TERM: PV856674 180023

CARTÃO: xxxxxxxxxxxx1444

AUTORIZACAO: 059073

ARQC: 49D6458AE662FF8F

TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL

(SiTef)

REDE

HIPERCARD

COMPR: 750445034 VALOR: 51,85

ESTAB: 042783003 FARMACIA DIAS 20

18.04.17-09:39:19 TERM: PV856674 180023

CARTÃO: xxxxxxxxxxxx1444

AUTORIZACAO: 059073

ARQC: 49D6458AE662FF8F

TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL

(SiTef)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Recibo

R\$ 2.000,00

Recebemos do (a) Sr. (a) / Empresa: ELTON MARQUES PEREIRA, portador do CPF 069.135.024-86 a importância de R\$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS) Referente aos Honorários por cirurgia de redução incruenta de fratura de mandíbula, pelo qual dou plena irrevogável quitação do valor acima mencionado.

Campina Grande 25 de Abril de 2017

JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE – ME

CNPJ: 16.613.789/0001-96



FICHA CLÍNICA

Dr. Josuel Raimundo Cavalcante

Nome: Elton Marques Pereira

Data Nasc. 25/04/1988

Endereço: Rua São Severino, 124

Bairro: Monte Santo

Est. Civil: Solteiro

Profissão: Militar

Cidade: C. Grande

Estado: PB

CPF: 069.135.024-86

RG: 3147954 SSP-PB

Fone:

Pai: José Pereira Filho e Ernilaide Marques Pereira

Orcamento:

Moldagem	R\$300,00
Implantes 02 unidades	R\$2.000,00
Protese sobre implantes	R\$2.000,00
Provisórios	R\$500,00
Total	R\$4.800,00



Campina Grande - PB

05 de Maio de 2017

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCA MAXILO FACIAL - CRO - 669



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



Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** * 0889

Pag. 001 de 002

Vencimento:
05/04/2018



CIC RECIFE PE PLT

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 pagar, com as taxas e encargos acionados 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 10 (dez) por cento R\$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saque.

Valor Total:

R\$ **1.258,05**

Pagamento mínimo (1)

R\$ **188,71**

Pagamento parcelado (2)

ENTRADA 123,86
+23X 123,80

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 parcelas (1 x 23), clique em "vencimento" de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 123,86 - CET 99,83%a.a). Se não quiser parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês, a contemple o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e obtenha o CET. Consulte BB.com.br/parcelamento para um guia eletrônico on-line para o 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
Creditos 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 0,00
Retidas e uso do limite de crédito rotativo 0,00

Encargos 0,00
Retidas na linha de crédito 0,00
Uso do limite de crédito rotativo 0,00

Limites

Total para transação à vista 4.233
Saque/parcelado no total transação à vista 4.233
Total para transações parceladas 2.000
Credário 20.488

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

Ponto pra Você Lívolo

Pontuação acumulada em 21/03/2018 4.730

Consulte pontos, a pontos e saldo atual
- Canais eletrônicos: Ponto pra Você - Prog. Reconhecimento
- Internet: Ponto pra Você - Acesse
- Aplicativo BB móvel: Ponto pra Você - Acesse

Encargos Financeiros

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

1 - Taxa de período - % ao mês
2 - Multas por atraso - % 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	Taxas do Mês (%)	Taxas do Anual (%)	Encargos Adicional (%)	R\$ (Anual %)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo/Saque	9,98	213,15	0,36	0,0082	227,42
Parcelado administrado	9,30	199,59	0,36	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)	7,00	135,53	0,36	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, não a serem cobradas em outro período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATOCOS, a taxa de crédito rotativo é de 9,98% ao mês, CET 227,42% ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado de incidência da Taxa de Juros de Mora de 10% ao mês.
3 - Taxas de juros, tarifas e cobranças de serviços de acordo com o contrato de crédito.
4 - Os serviços não estão disponíveis em todas as localidades. Consulte o site www.bb.com.br para mais informações.
Obs. Tarifa de Saque R\$ 1,20 por saque. Tarifa de Pagamento de Contas R\$ 0,36.

COMPREV
COMPREV-PRÉVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
AG. JOÃO

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	Nº do documento	Data de Vencimento
000000000089996220		05/04/2018
Valor Documento		Valor Pago
1.258,05		
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP): Banco do Brasil S.A. - CNPJ: 00.000.000/0001-91 - 5802 Qd 01 - SA Jate 31 - Ed Sede 1 - 2º And - 70073-900 Brasília (DF)		
Agência / Código do Beneficiário		Autenticação Mecânica
4700-7 31027-91-10-9		

BANCO DO BRASIL		001-9
Local de Pagamento		
Pagável em qualquer banco até o vencimento		
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP): Banco do Brasil S.A. - CNPJ: 00.000.000/0001-91 - 5802 Qd 01 - SA Jate 31 - Ed Sede 1 - 2º And - 70073-900 Brasília (DF)		
Data do documento	Nº do documento	Esécie DOC
22/03/2018		Aceite N
Use do Banco	Carteira	Esécie R\$
	66	Quantidade X
Informações de responsabilidade do Beneficiário		Data processamento
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/ PARCELSUA FATURA NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.		22/03/2018
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		Valor
Sacador / Avalista		(*) Valor Documento
		1.258,05
		(-) Desconto / Abatimento
		(*) Juros / Multa
		(*) Valor Pago

COPIA

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER



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





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
OUT/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 12.741/12.
VENCIMENTO: 18/12/2017 Total a Pagar: 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 fé 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-VN42**
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
PROTOCOLADO
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



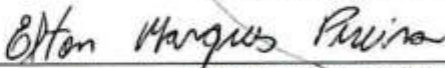
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

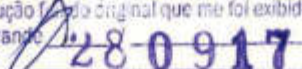


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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 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

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta nº: 12813142

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142777
Vitima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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\$ 1.381,50

Banco: 001

Agência: 000001634-9

Conta: 000010027791-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA
Nº Sinistro: 3180142777
Vitima: ELTON MARQUES PEREIRA
Data do Acidente: 15/04/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142777**, 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, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**

Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**

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

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142777**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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 12627216





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

Convênio: SUS

Estado Civil:

Data de
Atend: 15/04/2017

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 08:12:27

Especialidade:

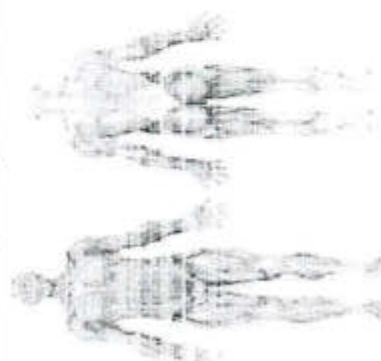
Médecos:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abordagem
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
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. Hematoma
22. Injeção de sangue
23. Laceração
24. Lesão lacerante
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Oclusão
29. Oclusão
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Rinite
36. Rinite

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIGNOSTICO / CID:

Queda de Moto

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

16/04/17

Brenda Jambol, Baccas
Cirurgiã Geral
CRM-PB 8447

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

15/04/17

EXAME PRIMÁRIO - DADO INÍCIOS

Última da acidente de moto, em esporte, opresentando
FCC em movimento, com quebra de osso (??) direita.
Queda de moto em direção de pulso e mão direita exposta.
Nega alterações neurológicas.
Exame de pulso, 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: FAST
Radiografias: ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

UCL & ORO

as

as

Especialista:

BMF

as

as

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1. SCL 1000 ml, c/
2. Dipirona 1g. AD, c/
3. Dipirona 1g. AD, c/
4. Dipirona 1g. AD, c/
5. Dipirona 1g. AD, c/
6. Dipirona 1g. AD, c/



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eilton Marques Pereira		
End:	Rua São Severino 124	Bairro:	Monte Santo
Data de Nascimento:	25-04-88	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC. de MOTO	Data do Atend.:	15.04.17
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	
			25 MAR. 2018

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácels de dgo
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:					
Pressão arterial:	Temperatura axilar:					
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida					
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca			

Estratificação

MOD. 110

Guimarães
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 antingria.
- (3) A posição de campos estéril.
- (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 Kitchin.
- (10) Sutura por planos.
- (11) Curativos.

CUMPREV DE JUIZ DE FATO
28 MAR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Celso Guimarães
Osteodonto
C.R.O. 1221-PE 21025

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

Trat. Pós-Operatório do OSSO no AVEBAC

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

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

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 hérnia de parede abdominal		CIRURGIÃO Dr. Felipe				
ANESTESIA Intubação de Risco Inguinal		ANESTESISTA Dr. Jurandir				
INSTRUMENTADORA Jose		DATA 15/04/17	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	Pavilon 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 1m			
	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 1 litro		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.		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		☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☐ Foco Frontal ☐ Foco de Emergência ☐ Foco de Emergência	
	Agulha desc. 28 x 28		Latesol		☐ Foco Auxiliar ☐ Eletrocautério ☐ Oxícapiógrafo ☐ Cardiomonitor ☐ 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



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
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

28 MAR. 2018

PROTOCOLLO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

DECLARAÇÃO DO PACIENTE: Clayton Marques Pereira

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO

IDADE:

PRONTUÁRIO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA
SAÍDA

ENTRADA

- ☐ 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 CONCLUIDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

- ☐
- O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

OPEN

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

1-2 NÃO

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML

(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

(2) NÃO

¹ SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E

PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

(MIS)

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

W/MS/

NÃO SE APLICA

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

Validade de da S. L. Beserra
TSC ENFERMAGEM
COREN-PA 050732

RECEBIMOS DO
EXCELENTÍSSIMO
SENHOR DEPUTADO
PROF. DR. JOÃO PESSOA
EM 28 MAR 1918

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

Diagnóstico

Y entre campo de salin.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	1) Dieta livre por VO após suspensão antiácida. 2) SF 0,9% 1000 ml EV 24h 3) 5.6 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 8h 5lh. 8) SSW + CCG	12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h	Deu em por de suspensão do radio em plasma e plasma. Incidido em interconversão. CO. VPM

[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

[illegible]

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 9-1

OK OK

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/04	2	JELCO SALINIZADO		
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18 21 60	ORTOPEDIA
	5	TRAMAL 100mg + 5F0,9% 100ml EV 8/8h S/N		22 05H
	6	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		BEG, Pativaf, si queixas no
	7	OMEPRAZOL 40mg 1-CP VO EM JEIUM		monomio. Nega dorres ou
	8	CETIRIAZONE 10mg + ABD EV 12/12H		dores nas últimas 24h
	9	CURATIVO 1x d.c.		Nega alergias Desambulando.
	10	MSE ELEVADO		
	11	SSW+CCGG		
	12	Estimulador Desambulador de Molexan.		
	13	Estimulador Ingestão Hidratação.		
	14	10001		
	15	10001		
	16	10001		
	17	10001		
	18	10001		
	19	Alta Hospitalar e orientações		
	20	de permissão Ambulatório (+		
	21	Tratamento + 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

LAURENCE J. S. L. R. M. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

coletar 12 gotas de urina
para análise
em 1 hora

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
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	243	
Segmentados.....	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / 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
Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEU PÉ REVIDA...
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**

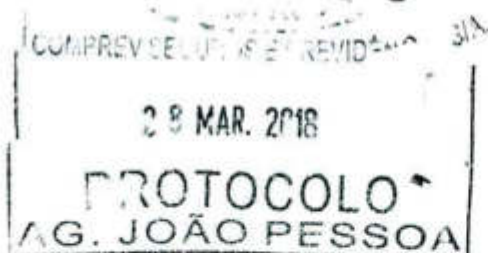
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

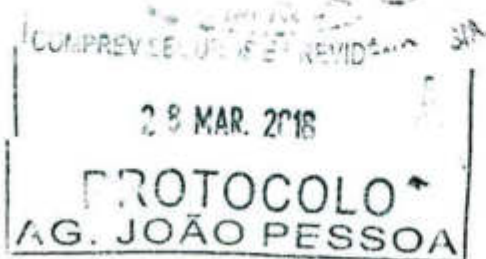
Nome: Elton Marques Pereira Registro: 9 Leito: 9 Setor Atual: Ortopedia

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 () 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 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: Prélio 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 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	
Às 06:00 hs paciente repete o transtorno por exaustão já observado um sangramento discreto. São as 14h 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	
28 MAR. 2018	
PROTOCOLO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 28/04/12 HORA: ___ h

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 reflexivas,
ao TTC no condorhmenteInferências: Mastro, do zardos
TTCol. cervical sem fraturaCD: Observação neurológica no verda 64
Dipirone 2x 666
bbis de colormacil no orálio (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 Lueder Neto,
Médico e Cirurgião de 1ª e 2ª
Graus, CRM 10.111-1/PB.

23 MAR 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOAGeorgie Mendes
Neurologista - Neuropsiquiatria
CRM 10.111-1/PB

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Bottom Paper

Andrew BA
A 100117

$$F_2 \text{ hybrid } \textcircled{f} + \textcircled{g} \text{ a.p.p. } x_5$$

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

[illegible]



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15 04 17	14:00	—	—	—	120 70	—	Paciente evolui Estado geral regular med. Rads. Normalizada sem Queixas de sintomas sobre as lesões da enfermagem col 004974 - Cristina	

COPIA DE
3 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 SE DEVE
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Detalhe de Sinistro			
Sinistro		Histórico	
Data	Ação	Comentários	Visualizar
		FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:	
10/04/2018 16:24	Documentação pendente	ELTON MARQUES PEREIRA - Comprovante de residência (Faltando página) - OBS Observações: Apresentar Comprovante de endereço da vítima.	
10/04/2018 16:22	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
10/04/2018 16:19	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS.	
10/04/2018 16:18	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
09/04/2018 16:47	Preencher campos chave	FERNANDA DE RAMOS preencheu campos chave do sinistro.	
03/04/2018 10:49	Distribuir	Michel de Souza Ubida (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para FERNANDA DE RAMOS	
30/03/2018 09:57	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
29/03/2018 16:16	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa . Aviso Seguradora Líder de DAMS registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0110557/18	
28/03/2018 12:23	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA CPF: 06913502486 CPF de: Próprio	
Ações		Exibir Documentos Cancelar	



PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142777

Data do acidente: 15/04/2017

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Campina Grande

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A

Data: 08/05/2018 10:21:28

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			4800,00	0,00
Farmácias			233,82	181,50
Taxas Odontológicas	1011	REDUÇÃO DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	2000,00	1200,00
Total da Análise Atual			7033,82	1381,50

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA. FALTA RECIBO OU NOTA FISCAL REFERENTE A DESPESA NO VALOR DE R\$ 4.800,00 , IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO. DESPESAS FARMACÊUTICAS AVALIADAS CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO ENVIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ELTON MARQUES PEREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	7033,82	1381,50	1381,50
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	7033,82	1381,50	1381,50

TOTAL PLEITEADO: 7033,82**TOTAL AVALIADO:** 1381,50**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1381,50

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR

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

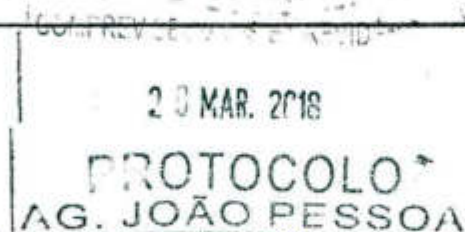
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado

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)

COMPREV DE 10% REVIDADO 314

20 MAR. 2018

PROTOCOLO*

AG. JOÃO PESSOA



Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Nelson de Azevedo Juvinho do O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB

7cartoriodenotas@gmail.com

☐ Tabeliã - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de

Valterluciana Almeida de Moraes

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande,

27 DEZ. 2017

Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)

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
 Assessor de Portaria

COLEPREVIE 1155 REVIDAR 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: **1.381.455 INEP/RN** Data Expedição: **15.01.92**

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

Local: **Natal/RN**

Assessor de Portaria

Constituinte da República do Brasil



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: José Evivan Fernandes de Medeiros

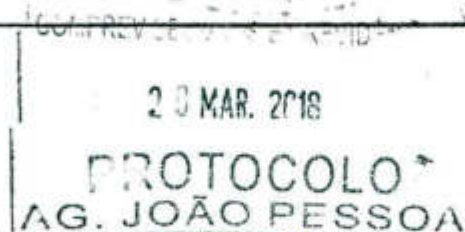
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado

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

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

27 DEZ. 2017

Tabellā (Valterluciana Almeida de Moraes)