



Número: **0808558-33.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **15/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.724,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELTON MARQUES PEREIRA (AUTOR)		RAWLLA KYCIA ANDRADE SOUZA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31750596	22/06/2020 15:35	Contestação	Contestação
31751059	22/06/2020 15:35	2727046_CONTESTACAO_Anexo_03-compactado	Outros Documentos
31751061	22/06/2020 15:35	2727046_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**

Vítima: **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

Pag. 00303/00304 - carta_01 - DAMS



Carta nº 12627216



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142777
Vítima: 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

Pag. 00919/00920 - carta_03 - DAMS



Carta nº 1263356



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

Pag. 01671/01672 - carta_12 - DAMS

00020836





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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 Elton Marques Pereira
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Elton 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.			

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)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Banco do Brasil NRQ. AGÊNCIA NRQ. 1634-9 D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ. 24491 D/V 6 (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

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/04/2017

Hora: 07:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho

Idade: 29

Data de Nascimento: 25/04/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho

Idade: 29

Data de Nascimento: 01/01/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Bloco, "H", APTº304

Telefone: Não informado



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

Certifico e dou fe no presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/04/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AFW5254-UN42**
Consulte a autenticidade em <http://autodigital.tjpb.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

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)

(I) 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 Herivel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande: 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: APW25855-1PWP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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

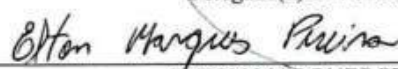


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

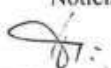


Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil


ELTON MARQUES PEREIRA

Noticiante

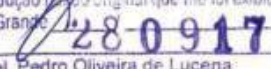

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Heróis, 83 - Centro Fone: 3341-9085
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 da original que me foi exibido
Campina Grande


Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25555 - KLCT
Consulte a autenticidade em selo.digital.tjpb.jus.br





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



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRICULA**

11314940

REFERENCIA

DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOSLUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370

CONCEICAO

58401-236

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018-31.335-0016	0	1	0	0	0	11314940
Hidrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (litros)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
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. TERNOT	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

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$51,09 PIS E COFINS: Lei 12.741/12.

VENCIMENTO:**Total a Pagar:**

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

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 de
Oliveira
CRM-PB 7103

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: FILTON GARCIA

Endereço: _____

Prescrição: 100mg de 200mg

Tome 100mg de 6/6h po

07 dias

Data: 17 / 04 / 20 18

Dr. Cláudio Ferreira de
Oliveira
CRM-PB 7103

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Karlheinz Mariz de

Almeida

Ident: 99023137161 Org. Emissor: SP-CE

End.: R. Rodrigues Alves - 1940

Cidade: P. Bonito UF: CE

Telefone: 99643-4167

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ DATA: _____

IMPRESA
EMPRESA SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A

20-MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD 083

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



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
07896004/00002	LEFALEXINA 500MG 10CPR EMS	30x28,67	86,01				
Desconto		-34,44					51,57
07896009/657840	ANFLEX-RET 200MG 60APS 10x32,11						32,11
Desconto		-6,74					25,37
078962303043/00	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/SEG_Aces-sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2750 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)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Numero do documento: 20062215354634900000030443386



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 NIMESULIDA 100MG 12CPR ONEFARMA UNID 19,33 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: 22/06/2017 18:14:50 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_Aces_sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0007 2750 3100 1942 6500 0575 5210 9720 9556
Protocolo de Autorização: 325170180736722
Data de autorização: 22/06/2017 18:14:53
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C4b6750BCA18C2D901F20B8E1A19880E
Pv0000256058
Trib aprox R\$ 1,27 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 9,91
Baix: 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

IMPRESO
EMPRESA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DROGASIL

Rua Brogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162665651

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

#1 COD | 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. 000003690 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 : 325170065197550
22/04/2017 20:13:53

PQV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007260

DROGASIL

Rua Brogasil S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE, PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162665651

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

#1 COD | DESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | ALIO JVL ITEM R\$
01 52660 DILUOR 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 DESCONTO 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 : 325170065195758
22/04/2017 20:10:25

PQV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007256



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



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

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	TOTAL
078809657031	DEIXIL SL 1000 1000 1000 1000 1000	29,95			29,95
Desconto		-5,99			23,96
QTD. TOTAL DE ITENS		1			1
VALOR TOTAL R\$					29,95
DESCONTOS R\$					-5,99
VALOR A PAGAR R\$					23,96
Cartão de Crédito					23,96

EMISSION NORMAL

Número: 131794 Série: 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_Aces
[sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410](https://www5.receita.pb.gov.br/arf/seg/SEGf_Aces)
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



CIA BRASILEIRA DE DISTRIBUICAO
CNPJ - 47.508.411/1596-56
Av. Prefeito Severino Bezerra Cabral, 1339
Mirante - PB

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

COD	DESC	QTD	UN	VL	RS	VL	RS
001	00000007067514	PIPIRONA SOD RND QTS 4 UN X 1,82 (0,99)	7,28				
002	00000004640642	MANTEIGA DE CACAU BA 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

<https://www.receita.pb.gov.br/>
2517 0507 5084 1115 9856 6500 4000 0337 5110 0000 5376

CONSUMIDOR OUTROS:

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



20170505234700400000537
NO-5: 8018e90bf33cc30bec3ebf5efb928e8
PARAIBÁ LEGAL - RECEITA FIDUCIÁRIA
TORPEDO PREMIADO:
161859798 05052017 000537 1027
PDV:064 LJ:2342 Ve:24 C00:537
SIACTFSC.ELE V:11.12.00 Op:000908602 Edneide Nascimento
CIELO-VISA CREDIT
498442-0889-01/21
POS=E2150839 DOC=004924 AUT=080120
VENDA A CREDITO
VALOR: 10,27 CTR:05509474009
Trib aprox R\$: Val aprox Trib Fed 1,38 (13,44%)
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 H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 5,99
Balc: 1153 M. Controle: 417887
FIDELIDADE REEDIAS-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 ANTONIO NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 162075456

24/05/2017 10:59

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO VISA CREDITO

Número 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

VISA CREDITO

498442*****0889

2ª VIA-ESTABELECIMENTO AUT=039316
0010423254700002 PDV=42232117
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA

ELTON M PEREIRA

A0000000031010-08890121

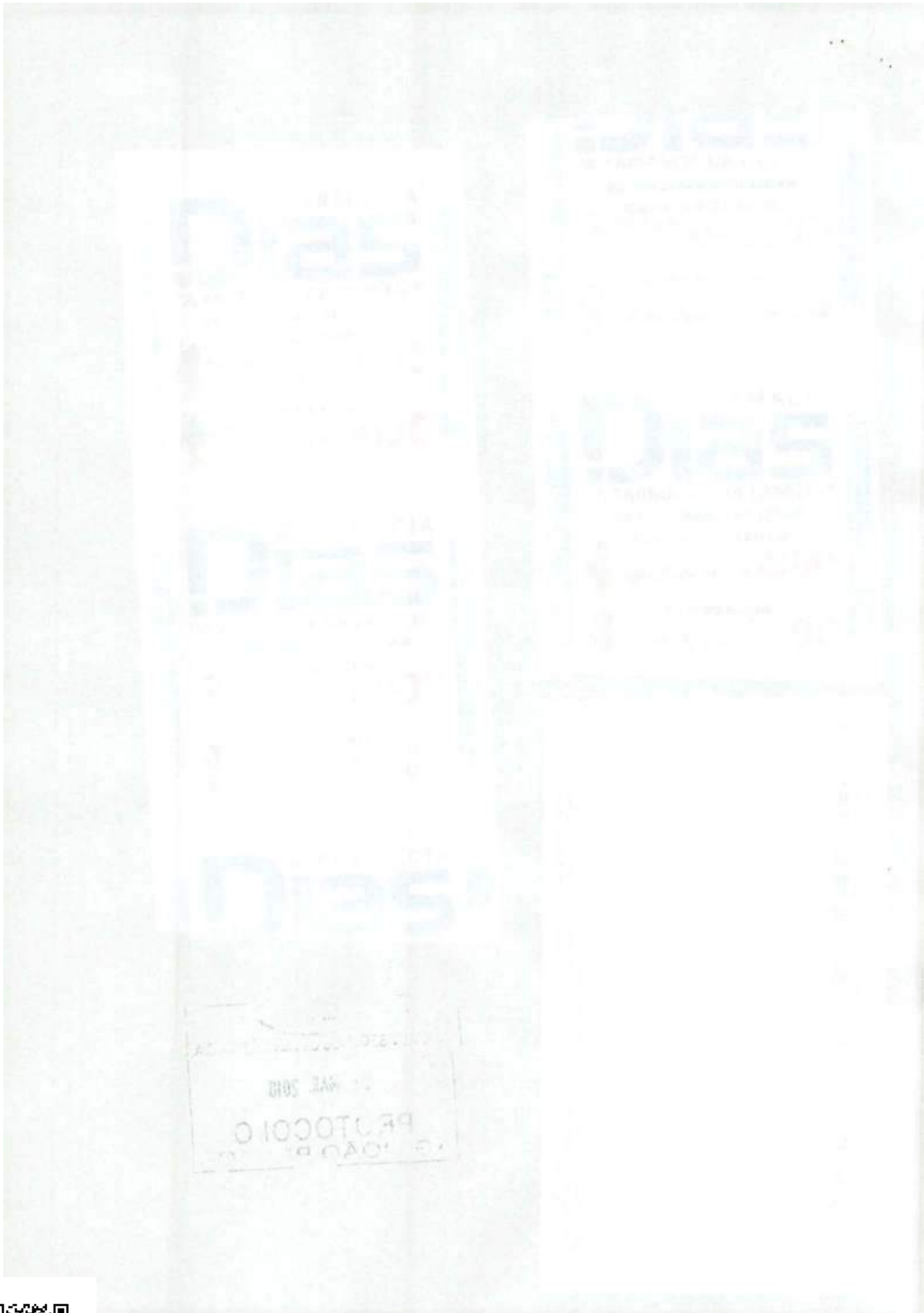
COMPREV SEGUROS E REVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



FARMÁCIA DA FAMÍLIA
SE PRECISAR É SO LIGAR
CAMPINA GRANDE

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	TOTAL
07898108612995	COMP. GAZE ESTERIL DIAS L/10 UNID	5	PCx2,00			10,00
	Desconto			-0,50		9,50
0789180000672	OCULAR LIMP LYSNE 12CM 5PCx2,98	1				14,90
	Desconto			-0,75		14,15
07896230301146	SORO FISIOLÓGICO ADV 0,9% 500ML	1	UNIDx5,25			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/SE01 Aces saFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 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



MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D825040EAC412
PV0000251112
Trib aprox R\$ 3,39 Fed e 5,16 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 1,51
Balco: 1389 N. Controle: 401589
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente: 25851-LUCIALVA SILVA ARRUDA LUN
Informações dos Tributos Totais Incidentes (lei
Federal 12.741/2012): R\$ 8,55

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

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 16202456

22/04/2017 20:29

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO 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
0010423254700000 PDV=422321
DOC=220139 22 04 17 20 29 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 28,64

TRANSALHO AUTORIZADO COM SENHA
ELTON M PEREIRA
A000000031010 0298E6DCB8A0D24A
VISA CREDITO

(Ief)

DROGASIL
Rua Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E. 162045651

22/04/2017 20:15:03 COD: 0000007261

CIELO
VISA CREDITO
498442*****0889-01/21
1a VIA-CLIENTE AUT=927749
DOC=220675 22/04/17 20:14 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 17,00

(SiTef)

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTÓCOLO
DE
ABRIL 2018



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

CODIGO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	UNID.	VL.	TOTAL
07896331705140	PERITRAT SOL BUCAL S/ALCOOL	250ml			
	1UNDx27,12			27,12	
	Desconto	2,73			24,39
0789180000672	ATADURA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98			2,98	
	Desconto	0,13			2,85
0789180000672	ATADURA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98			2,98	
	Desconto	0,15			2,83
0789180000672	ATADURA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98			2,98	
	Desconto	0,15			2,83
0789180000672	ATADURA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98			2,98	
	Desconto	0,15			2,83
0789180000672	ATADURA CREP CYSNE 12CM IPCx2,98			2,98	
	Desconto	0,15			2,83
07896544925458	ESAD IMP MISSER 2,5/4,50 1UNDx5,50			5,50	
	Desconto	0,28			5,22
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	1PCx2,00			2,00	
	Desconto	0,10			1,90
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	1PCx2,00			2,00	
	Desconto	0,10			1,90
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID				
	1PCx2,00			2,00	
	Desconto	0,10			1,90
	DIO. 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 09:39:32 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/nf/seg/SEG_Aces
https://www5.receita.pb.gov.br/nf/seg/SEG_Aces
sarFuncao.jsp?cdFuncao=FTS.1410
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 ANTONIO NAVARRO



MD5: 1865A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
Trib aprox R\$ 4,72 Fed e 9,33 Est e 0,00 Mun fo
ntes IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 4,19
Baic: 1256 N.Controle:399137
FIDELIDADE REDEDIAS-20:180.384/000.89
Cliente:2424-ELLY SONHARY DO NASCIMENTO
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 14,05

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

18/04/2017 09:39

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO HIPERCARD

Número do documento: 118163

REDE

HIPERCARD

COMPR:750445034 VALOR: 51,85
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04.17-09:39:19 TERM:PV856674 180023
CARTAO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC:49D6458AE662FF8F
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(S1Tef)

REDE

HIPERCARD

COMPR:750445034 VALOR: 51,85
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04.17-09:39:19 TERM:PV856674 180023
CARTAO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC:49D6458AE662FF8F
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(S1Tef)

COMPREV SEGUROS E REVIDÊNCIA S/A

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386





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



8102 146
PP JTOCOTO
20062215354634900000030443386



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 DE TRAUMATOLOGIA
BUÇO MAXILO FACIAL - CRO - 669





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 José Eurivan 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 Vitima 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>Ponteiro</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

José Eurivan F. de Medeiros 22 de Março de 2018
Local e Data

José Eurivan F. de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



EXC
103870
103870





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eaton Marques Pereira		
End:	Quil São Severino 134	Bairro:	youte saulo
Data de Nascimento:	25-04-88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de moto	Data do Atend.:	15.04.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	08:05
		Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





**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 amplexia e ankiropsia (3) A posição de campos estéril (4) Drenagem feita para o lado do rádio. (5) Difusão por planos (6) Redução completa de fratura do rádio. (7) Fixação de rádio com placas e parafusos (8) Observado estabilidade da ARVD (9) Fixação da ARVD com fio de Kichiku (10) Sutura por planos (11) Curativos	COMPREVISEU E REVIDADO 28 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





NEURO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

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 Fica

Nº 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI - H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Phca 3.5 DEP 7F
PMS-PORTAL 3.5 x 18
" " 3.5 x 14

01
03
05

28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES

15/04/2017

Dr. Felipe

Q 3.5 Simplex

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		LEITE		CONVENIO		IDADE		REGISTRO	
Elton marques Pereira		25/04/88		SUS		28a		R1 6230	
CIRURGIA		CIRURGIA		ANESTESIA		ANESTESIA		INSTRUMENTADORA	
Ed. cirurgia e laqueamento de		Dr. Felipe		Dr. Jucundir		15/04/17		17:45	
pat dos ossos do antebraço (E)								18:40	
Fentil ml		Dreno Kerr nº		Dreno Pentrose nº		Dreno Pezzer nº		Etilbond	
Inova ml		Dreno Pezzer nº		Etilbond		Etilbond		Etilbond	
Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Pavulon amp.		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Protigmine amp.		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Protóxido 1m		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Quelicin ml		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Rapifen amp.		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Thionembutal ml		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Tracrium amp.		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas		Equipo de Macrogotas	
Qtd. MEDICAMENTOS		Qtd. MEDICAMENTOS		Qtd. MEDICAMENTOS		Qtd. MEDICAMENTOS		Qtd. MEDICAMENTOS	
Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Lâmina de Bisturi nº 11		Lâmina de Bisturi nº 15		Lâmina de Bisturi nº 15	
Decadron amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Dipirona amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Flaxidol amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Fieborcort amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Geranicina amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Glicose amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Glucon de Cálcio amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Haemacel ml		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Heparema ml		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Kanakion amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Lasix amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Medrotrinazol		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Plasil amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Prolamina		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Revivan amp.		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Stupfaron amp		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Cefalotina 1g		Luvas 7.0		Luvas 7.5		Luvas 8.0		Luvas 8.0	
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES	
Agulha desc. 25 x 7		Agulha desc. 25 x 7		Agulha desc. 25 x 7		Agulha desc. 25 x 7		Agulha desc. 25 x 7	
Agulha desc. 28 x 28		Agulha desc. 28 x 28		Agulha desc. 28 x 28		Agulha desc. 28 x 28		Agulha desc. 28 x 28	
Agulha desc. 3 x 4,5		Agulha desc. 3 x 4,5		Agulha desc. 3 x 4,5		Agulha desc. 3 x 4,5		Agulha desc. 3 x 4,5	
Agulha p/ raque nº		Agulha p/ raque nº		Agulha p/ raque nº		Agulha p/ raque nº		Agulha p/ raque nº	
Alcool de Enfermagem		Alcool de Enfermagem		Alcool de Enfermagem		Alcool de Enfermagem		Alcool de Enfermagem	
Alcool Iodado ml		Alcool Iodado ml		Alcool Iodado ml		Alcool Iodado ml		Alcool Iodado ml	
Ataduras de Crepon		Ataduras de Crepon		Ataduras de Crepon		Ataduras de Crepon		Ataduras de Crepon	
Ataduras de Gessada		Ataduras de Gessada		Ataduras de Gessada		Ataduras de Gessada		Ataduras de Gessada	
Azul metileno amp.		Azul metileno amp.		Azul metileno amp.		Azul metileno amp.		Azul metileno amp.	
Benzina ml		Benzina ml		Benzina ml		Benzina ml		Benzina ml	
Bolsa Colostoma		Bolsa Colostoma		Bolsa Colostoma		Bolsa Colostoma		Bolsa Colostoma	
Catet. p/ Oxo		Catet. p/ Oxo		Catet. p/ Oxo		Catet. p/ Oxo		Catet. p/ Oxo	
Catet. De Urinar Sist. Fech.									

Garrote as 17:50

MOD 066



20062215354634900000030443386





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Elton Marques Pereira		Idade:	28 anos
Convênio:			Data:	15/04/17
Procedimento:	Red. cirúrgica e fixação de Ent. da orelha de Antibúscas (E)			
Cirurgião:	Dr. Felipe	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Giovanni	
Início:		Término:	Anestesia Bloqueio de Plexo Braquioplexo (E)	

[illegible][illegible]

Observações:	Maria Marília da Silva Técnica de Enfermagem COREN-785684
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103







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

Breno de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8022

Assinatura do anestesista





881 p. 123 us ... 0050 114 ~83

01: 81 81 FL FRI 01/01/2018

CONFREVE ... 28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

..(08)

80

21/0 ... 43

10

(08)

10

... 21/0

... 21/0

21/0

121 281
... 20

... 20

... 20

... 20

21/0

... 20



7710
20062215354634900000030443386



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																												
FOLHA DE ANESTESIA		NOME ELTON MARQUES		IDADE	SEXO	CCR																																												
DATA 15/04/17	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																												
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS																																												
	URINA																																																	
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE																																												
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA																																														
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URNÁRIO																																													
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																												
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura na ossos do A-T-5-M-2-0				ESTADO FÍSICO	RISCO																																													
ANESTESIAS ANTERIORES																																																		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																																												
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">GÊNEROS ANESTÉSICOS</td> <td rowspan="2">O*</td> <td colspan="2">INDUÇÃO</td> </tr> <tr> <td>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td rowspan="2"></td> <td colspan="2">Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</td> </tr> <tr> <td>Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CÓDIGOS</td> <td rowspan="2">ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O</td> <td colspan="2">Outros: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Reflexos na SO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Outros: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Com cânula: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Paro e Leito Sim: _____ Não: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">CONDIÇÕES:</td> </tr> </table>							GÊNEROS ANESTÉSICOS	O*	INDUÇÃO		Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____	LÍQUIDOS		Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		Náuseas: _____ Vômitos: _____	CÓDIGOS	ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O	Outros: _____		MANUTENÇÃO				Reflexos na SO: _____				Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____				Náuseas: _____ Vômitos: _____				Outros: _____				Com cânula: _____				Paro e Leito Sim: _____ Não: _____				CONDIÇÕES:	
GÊNEROS ANESTÉSICOS	O*	INDUÇÃO																																																
		Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____																																																
LÍQUIDOS		Laringo espasmo: _____ Lenta: _____																																																
		Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																
CÓDIGOS	ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O	Outros: _____																																																
		MANUTENÇÃO																																																
		Reflexos na SO: _____																																																
		Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____																																																
		Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																
		Outros: _____																																																
		Com cânula: _____																																																
		Paro e Leito Sim: _____ Não: _____																																																
		CONDIÇÕES:																																																
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																		
POSICÃO																																																		
AGENTES																																																		
TÉCNICA																																																		
OPERAÇÃO																																																		
CIRURGIÕES																																																		
ANESTESISTAS																																																		
OBSERVAÇÕES																																																		
ANOTAR, NO VERSO AS COMUNICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA																																													

MOD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386

Número do documento: 20062215354634900000030443386

Num. 31751059 - Pág. 46



19



RECEBUE DO JUIZADO
EXC. MO. DE JUST. DO
TR. DE J. DE 1.ª Inst.
PROT. Nº 1000 DE 2018

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







Diagnóstico

Impres. Centro de Salvati

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Bellon Marques Pereira			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	(1) Dieta livre por VO até à recuperação completa. (2) SF 0,9% 100ml EV 24h (3) S.E. 5%. 500 ml 24h (4) Ceftriaxona 1g + AD EV 6/6h (5) Dexametasona 1g + AD EV 6/6h (6) Metilid 40mg + AD 1x ao dia. (7) Marescion 1 Flaco Ampola + AD EV 8/8 s/h. (8) SSN + CC66	c ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	Até em port de observação do rádio um placa e preparos. Incidência: sem intercorrências. CO. VPM  Dr. João Paulo Aguiar Cirurgião Dentista Especialista em Endodontia CRM-SP nº 111.111
			 Dr. João Paulo Aguiar Cirurgião Dentista Especialista em Endodontia CRM-SP nº 111.111 2º MAR 2018 FOTOCOLO AG. JOÃO PESSOA







GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALTA ORTODONTICA

ELTON PEREIRA

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data 16/04			
1 DIETA LIVRE			
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 S/N			
7 OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEIUM			
8 CEFTRIAXONE 1g + ABD EV 12/12H			
9 CURATIVO			
10 MSE ELEVADO			
11 SSVV-CCGG			
12 Solução para ser usada			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
Evolução Médica			
12.04.18 #ORTOPEDIA			
Bela, estável			
sem alterações			
co: v. par			
soluções			
Dr. Julio Cesar Castro			
Ortopedia Traumatologia			
CAMPB-8955			
Em tempo: 14:10h			
Paciente evolui. 11			
fontes cobertas			
col. solútil de			
creme			
- Drenagem de NCR			
Dr. Daniel Curcio			
Ortopedia			
CAMPB-8955			
28 MAR. 2018			
PROTOCOLO			
AG. JOAO PESSOA			

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386

Número do documento: 20062215354634900000030443386



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/05	20:00	-	-	-				
16/05	08:00	-	-	-	120 80		PACIENTE ESTÁ ESTÁVEL, REALIZANDO CURATIVO NO MTE, O MESMO NÃO REFERIR DOR. - J. Sub	
16/05	20:00	-	-	-	130 70		PACIENTE ESTÁ VEL, NÃO REFERIR DOR. - J. Sub	

COLAPREVENCÃO
 28 MAR. 2018
 AG. JOÃO PESSOA





Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ELTON PEREIRA

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
17/04			
1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	
2	JELCO SALINIZADO		
4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/5H		
5	TRAMAL 100mg + SEF 0.9% 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 1 x 4 x 2		
10	MSE ELEVADO		
11	SSW+CCGG		
12	Estimulon Dambulose e malefatos. 78 MAR 2018		
13	Estimulon Ingestão Hidrat. 100. JOAO PESSOA		
14			
15			
16			
17			
18			
19	Em tempo		
20	Alta Hospitalar e orientações		
21	de permissão ambulatório 1 +		
22	Trastacurapic + ANE + AB		
23	PI card.		

MOD. 035



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 na 1ª medição	
LUIZ RENEE J. DE A. ENFERMAGEM 28 MAR. 2018 PROTOCOLO 19. JOÃO PESSOA Joseane C. de A. Nascimento Téc. Enfermagem CRN 177938 <i>Joseane</i> colônia 12. 2. 2018 Vanessa 12. 2. 2018 reforma 12. 2. 2018 eliminações 5. 12. 18 Me/H								







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

PACIENTE:	522N <i>resposta / p.c. 4</i>
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

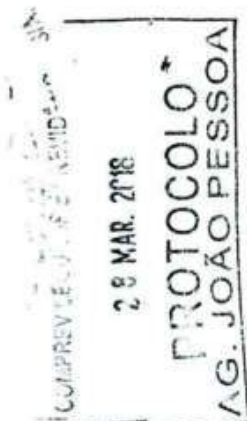
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

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







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 - I. 01

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	243	40 a 70 % - 1.800 a 5.500 / mm ³
Segmentados.....	80,0	6.480	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos.....			
Típicos.....	15,0	1.215	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	162	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 - I. 01

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

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

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

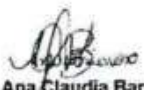
TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min

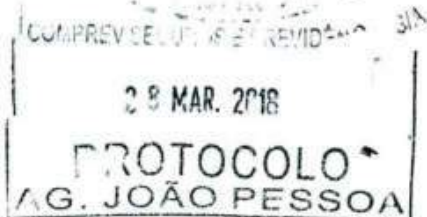
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

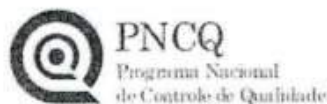
Material: Sangue

Método: Lee-White


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



Emissão: 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

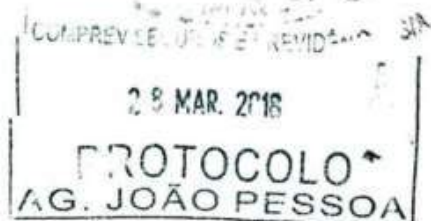
Nome: Eliete Marques Pereira Registro: 9 Leito: 3 Setor Atual: Ortopedia

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: (x) 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: (x) 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

(x) 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:

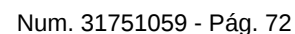
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ellen 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 PSICOBIOLÓGICAS

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (4) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

Ruidos 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

(1) 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: <u>US D</u>	Data da punção: <u>15/04/12</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	<u>23 MAR. 2018</u>
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NRT; Hora: <u>06:00</u>	Data: <u>23 MAR. 2018</u>
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Piroese () Outros:	<u>PROTÓCOLO</u>
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	<u>AG. JOÃO PESSOA</u>
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> 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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
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	
<i>As 06:00 hs paciente repouso abdominal, ao exame físico observado um sangramento discreto. São as primeiras repouso que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultados normais. Diante disso, passar o caso para o médico responsável. Segue as evoluções de enfermagem.</i>	
<u>23 MAR. 2018</u>	
PROTÓCOLO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>25.10.2012</u> HORA: <u> </u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





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

Heroldo de Marques Pereira

PROTOCOLO
23 MAR. 2018
AG. JOÃO PESSOA





15/4/17

as 9H20

Uma de polímero
por acidente com moraculite
cloromacil (P)
si perde de consciência
sem um livro

612510015

sdm den.02/912

Te sem anomalidades (reficpne d2)

compounds

19/12/2019: 14.20: do zardos

1c col. service seen future

CD : Observar el movimiento de la

Lipman, 28 Feb 1964

Devis de coloration ne oră în (1)

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Altra hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

AVAILABILITY OF INFORMATION ON THE

(Jobito

X Eneida M. Pereira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Alfredo Lucio Nieto,
 hijo e hijo de
 Clemente Nieto,
 C.R. 3501-PB₃

CONFERENCE

MAR. 27 1968

PROTOCOL

AG. J0400000

GEORGE MENDES
New Mexico / george@menes.com / 505.234.6346





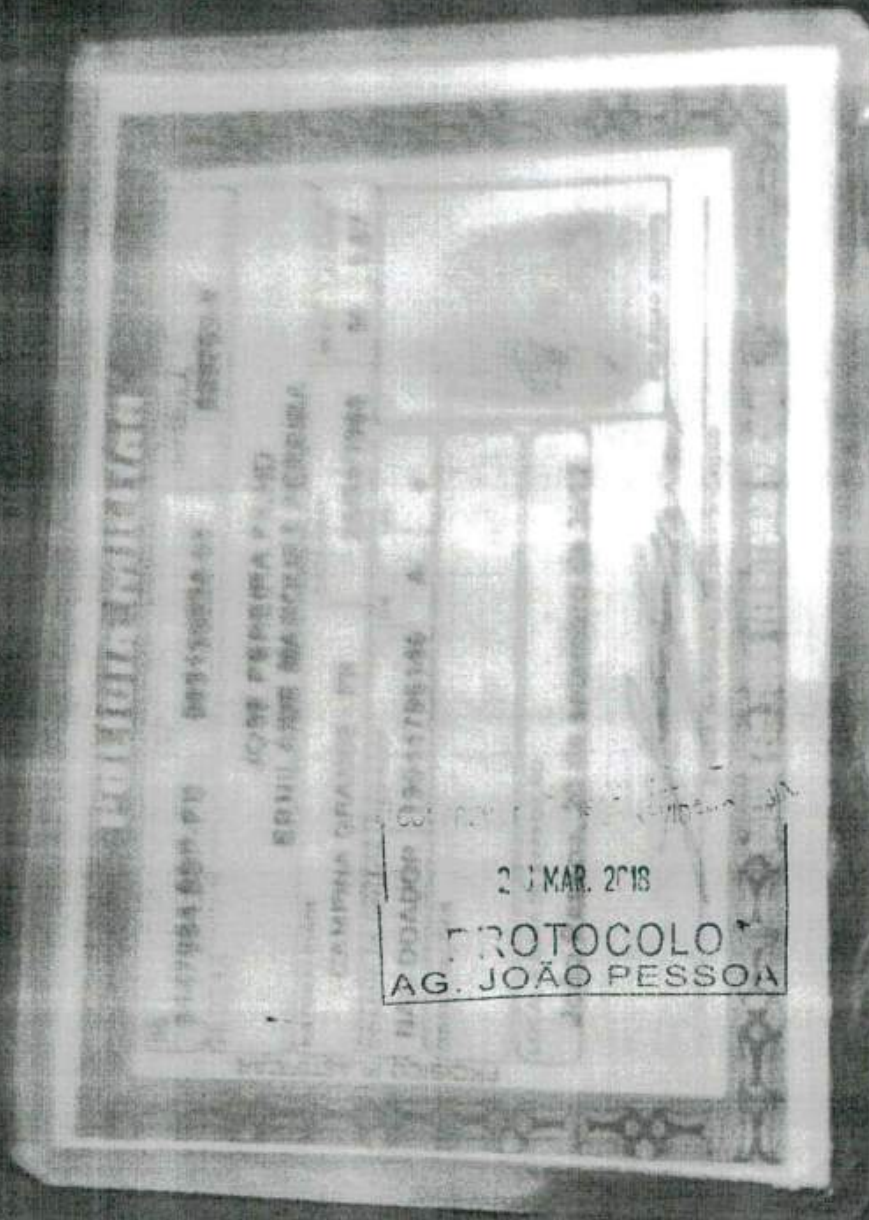


[illegible]

COPIES 12
2 MAR. 1918
TOTOLOLO
AG. JOAO PESSOA











Detalhe de Sinistro			
Sinistro		Histórico	
Data	Ação	Comentários	Visualizar
10/04/2018 16:24	Documentação pendente	FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: ELTON MARQUES PEREIRA - Comprovante de residência (Faltando página) - OBS	
10/04/2018 16:22	Edição de pessoa	Observações: Apresentar Comprovante de endereço da vítima. 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

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: FILTON GARCIA

Endereço: _____

Prescrição: 100mg de 200mg

Toma no 1º dia de 6/6 por

07 dias

Data: 17 / 04 / 20 18

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Karlheinz Mariz de

Almeida

Ident: 99029137161 Org. Emissor: SP-CE

End.: R. Rodrigues Alves - 1940

Cidade: P. Bonito UF: CE

Telefone: 99643-4167

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ DATA: _____

MOD 083

IMPRESA
EMPRESA SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A

20-MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



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
07896004/00002	LEFALEXINA 500MG 10CPR EMS	30x28,67	86,01				
Desconto		-34,44					51,57
07896009/657840	ANFLEX-RET 200MG 60APS 10x32,11		32,11				
Desconto		-6,74					25,37
078962303043/00	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/segu/SIG_Aces-sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2750 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 HAT2P7
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)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Numero do documento: 20062215354634900000030443386



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 NIMESULIDA 100MG 12CPR ONEFARMA 19,33 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: 22/06/2017 18:14:50 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/arf/seg/SEGf_Aces_sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0007 2750 3100 1942 6500 0575 5210 9720 9556
Protocolo de Autorização: 325170180736722
Data de autorização: 22/06/2017 18:14:53
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C4b6750BCA18C2D901F20B8E1A19880E
Pv0000256058
Trib aprox R\$ 1,27 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 9,91
Baix: 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

IMPRESO
EMPRESA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DROGASIL

Rua Brogastli S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162655651

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

#1 COD | 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. 000003690 Série 002
Emissão 22/04/2017 20:13:53
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www5.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 : 325170065197550
22/04/2017 20:13:53

PQV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007260

DROGASIL

Rua Brogastli S/A

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE, PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162655651

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

#1 COD | DESC | QTD | UN | VL UNIT R\$ | ALIO JVL ITEM R\$
01 52660 DILUOR 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 DESCONTO 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://www5.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 : 325170065197550
22/04/2017 20:10:25

PQV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007256



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



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
078809657031	DEIXIL SL 1000 1000 1000 1000 1000 1000	29,95			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

Número: 131794 Série: 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_Aces
sarFuncao.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



CIA BRASILEIRA DE DISTRIBUICAO
CNPJ - 47.508.411/1596-56
Av. Prefeito Severino Bezerra Cabral, 1339
Mirante - PB

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

COD	DESC	QTD	UN	VL	RS	VL	RS
001	00000007067514	PIPIRONA SOD RND QTS 4 UN X 1,82 (0,99)	7,28				
002	00000004640642	MANTEIGA DE CACAU BA 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

<https://www.receita.pb.gov.br/>
2517 0547 5084 1115 9856 6500 4000 0337 5110 0000 5376

CONSUMIDOR OUTROS:

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



20170505234700400000537
NO-5: 8018e90bf3cc30bec3ebf5efb928e8
PARAIBÁ LEGAL - RECEITA FIDUÁRIA
TORPEDO PREMIADO:
161859798 05052017 000537 1027
PDV:064 LJ:2342 Ve:24 C00:537
SIACTFSC.ENE V:11.12.00 Op:000908602 Edneide Nascimento
CIELO-VISA CREDIT
498442-0889-01/21
POS=E2150839 DOC=004924 AUT=080120
VENDA A CREDITO
VALOR: 10,27 CTR:05509474009
Trib aprox R\$: Val aprox Trib Fed 1,38 (13,44%)
Trib Est 0,53 (5,16%) Fonte: IBPT

MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
PV0000261182
Trib aprox R\$ 3,22 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 5,99
Balc: 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: 162075456

24/05/2017 10:59

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO VISA CREDITO

Número 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

(S1Tef)

CIELO

VISA CREDITO

498442*****0889

2ª VIA-ESTABELECIMENTO AUT=039316
0010423254700002 PDV=42232117
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELTON M PEREIRA
A0000000031010-08890121

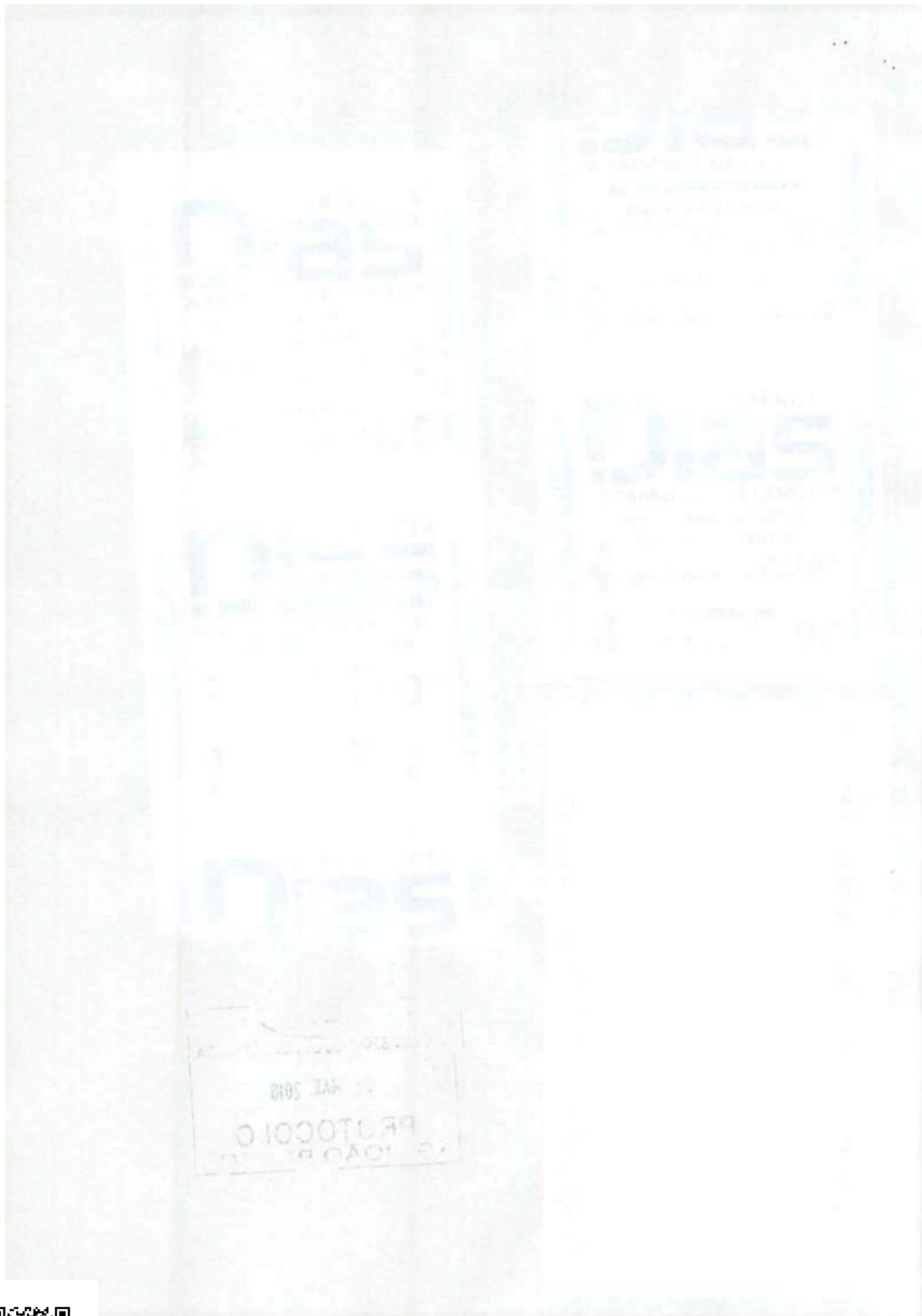
OMPREV SEGUROS E REVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



FARMÁCIA DA FAMÍLIA
SE PRECISAR É SO LIGAR
CAMPINA GRANDE

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	TOTAL
07898108612995	COMP. GAZE ESTERIL DIAS L/10 UNID	5	Pcx	2,00		10,00
	Desconto			-0,50		9,50
0789180000672	OCULAR LEP (YSNE 12M 54x2,98	1				14,90
	Desconto			-0,75		14,15
07896230301146	SORO FISIOLÓGICO ADV 0,9% 500ML	1	UND	5,25		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/atf/seg/SE01_Aces_sarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 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



MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D825040EAC412
PV0000251112
Trib aprox R\$ 3,39 Fed e 5,16 Est e 0,00 Mun Fo
nte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 1,51
Balco: 1389 N. Controle: 401589
FIDELIDADE REDE DIAS-20.180.384/0001-89
Cliente: 25851-LUCIALVA SILVA ARRUDA LUN
Informações dos Tributos Totais Incidentes (lei
Federal 12.741/2012): R\$ 8,55

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

CNPJ: 07.275.031/0014-19 IE: 16202456

22/04/2017 20:29

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO 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

TRANSALHO AUTORIZADO COM SENHA
ELTON M PEREIRA
A000000031010 0298E6DCB8A0D24A
VISA CREDITO

(Ief)

DROGASIL
Rua Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E. 162045651

22/04/2017 20:15:03 COD: 0000007261

CIELO
VISA CREDITO
498442*****0889-01/21
1a VIA-CLIENTE AUT-927749
DOC-220675 22/04/17 20:14 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 17,00

(SiTef)

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTÓCOLO
DE
ABRIL 2018



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

CODIGO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	UN. I. VL.	TOTAL
07896331705140	PERITRAT SOL BUCAL S/ALCOOL	250ml		
	1UNDx27,12			27,12
	Desconto	2,73		24,39
0789180000672	ATACADA CREP CYSNE 100ml IPCx2,52			2,52
	Desconto	0,13		2,39
0789180000672	ATACADA CREP CYSNE 120ml IPCx2,98			2,98
	Desconto	-0,15		2,83
0789180000672	ATACADA CREP CYSNE 120ml IPCx2,98			2,98
	Desconto	-0,15		2,83
0789180000672	ATACADA CREP CYSNE 120ml IPCx2,98			2,98
	Desconto	-0,15		2,83
0789180000672	ATACADA CREP CYSNE 120ml IPCx2,98			2,98
	Desconto	-0,15		2,83
0789180000672	ATACADA CREP CYSNE 120ml IPCx2,98			2,98
	Desconto	-0,15		2,83
07896544925458	ESAD IMP MISSNER 2,5ml SA 1UNDx5,50			5,50
	Desconto	-0,28		5,22
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID			
	1PCx2,00			2,00
	Desconto	-0,10		1,90
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID			
	1PCx2,00			2,00
	Desconto	-0,10		1,90
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID			
	1PCx2,00			2,00
	Desconto	-0,10		1,90
	DIO. 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 09:39:32 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/nf1/seq/SEGF_Aces
sarFuncao.jsp?cdFuncao=FTS.1410
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 ANTONIO NAVARRO



MD5: 1865A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
Trib aprox R\$ 4,72 Fed e 9,33 Est e 0,00 Mun fo
ntes IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 4,19
Baic: 1256 N.Controle:399137
FIDELIDADE REDEDIAS-20:180.384/000.89
Cliente:2424-ELLY SONHARY DO NASCIMENTO
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 14,05

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

18/04/2017 09:39

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTÃO HIPERCARD

Número do documento: 118163

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

TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE

USO DE SENHA PESSOAL

(S1Tef)

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

TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE

USO DE SENHA PESSOAL

(S1Tef)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386





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



8102 146
PP JTOCOLO
20062215354634900000030443386



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 DE TRAUMATOLOGIA
BUÇO 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Enivan 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 Vitima 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>Peneiras</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 Enivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





CET RECEBÍVEL

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



72.131954000553000000750067060378

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** 0889

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

Pag. 001 de 002

Vencimento:
05/04/2018

Atenção

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá pagar, com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre o diferença entre o valor total e o valor pago.

Caso seja efetuado exatamente o pagamento previsto na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de 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:

R\$ 188,71

Pagamento parcelado:

ENTRADA 123,86

+23x 123,86

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23) pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 123,86 - CET 199,81%) e 23 parcelas parcelamentos anteriores e mensalidade que serão debitadas neste mês, a contagem o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br ou ligue 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 débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1. A taxa de câmbio é o valor do crédito em dólar informado na fatura e a taxa de conversão é o valor do crédito convertido para real informado na próxima fatura, sem encargos.

IOF e Encargos nesta fatura

IOF 0,00
Refratária e uso do limite de crédito rotativo 0,00

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

Limites

Total para transação à vista 4.233
Saques parcelados total transação à vista 4.233
Total para transações parceladas 2.000
Crédito 20.488

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

Ponto pra Você - Live

Pontuação acumulada em 21.03.2018 4.730

Consulte pontos a acumular e saldo atual em caixa_eletronica.bb.com.br
Recomendações:
- internet: Pontuação Você Dem. Acum. Pontos
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você Dem. Acum. Pontos

Encargos Financeiros

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

1. Taxa por período 2. Anuidade

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 ao Mês (%)	Taxas ao Anual (%)	Adicional (%)	Outro (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo/Saque	9,98	213,15	0,36	0,0002	227,42
Parcelado administrado	9,30	190,69	0,36	0,0002	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)	7,25	135,53	0,36	0,0002	137,36

1. Taxas vigentes até o vencimento desta fatura e aplicadas sobre o saldo anterior. Para saques que ultrapassarem o limite de crédito rotativo, a taxa de juros será de 12,99% ao mês. CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2. Resultado de incidência de Taxa de Juros de Mora.
3. Taxas de juros aplicadas a operações de crédito em atraso.
4. Os serviços não estão disponíveis para todos os clientes. Taxa de Pagamento de Contas: 7%.



BANCO DO BRASIL	001-9				
Nome do Pagador: CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ELTON M PEREIRA - CPF: 069.125.024-86 - R SAO SEVERINO 124 - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB					
Sacador / Avalista		Nome do Beneficiário: CPF/CNPJ/Endereço		Autenticação Mecânica	
Nosso Número: 000000000089996220		Nº do documento: 05/04/2018		Valor Documento: 1.258,05	
Nome do Beneficiário: CPF/CNPJ/Endereço: Banco do Brasil S.A. - CNPJ: 00.000.000/00001-91 - 3005 Qd 01 - SA route 31 - Ed Sede 1 - Caixa - 70075-000 Brasília (DF)					
Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9					

BANCO DO BRASIL	001-9				
Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento					
Nome do Beneficiário: CPF/CNPJ/Endereço: Banco do Brasil S.A. - CNPJ: 00.000.000/00001-91 - 3005 Qd 01 - SA route 31 - Ed Sede 1 - Caixa - 70075-000 Brasília (DF)					
Data do documento: 22/03/2018		Nº do documento: 05/04/2018		Data de Vencimento: 05/04/2018	
Use do Banco: Carteira: 66		Espécie DDC: Aceite: N		Data processamento: 22/03/2018	
		Espécie: R\$		Quantidade: X Valor: 1.258,05	
Informações de responsabilidade do Beneficiário: O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELESUA FATURA. NOS CAIXAS ELETRONICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.					
Nome do Pagador: CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ELTON M PEREIRA - CPF: 069.135.024-86 - R SAO SEVERINO 124 - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386

Número do documento: 20062215354634900000030443386

Num. 31751059 - Pág. 110



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



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRICULA**

11314940

REFERENCIA

DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOSLUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370

CONCEICAO

58401-236

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018-31.335-0016	0	1	0	0	0	11314940
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (litros)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
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. TERNOT	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 ÁGUA 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

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$51,09 PIS E COFINS: Lei 12.741/12.	Total a Pagar:
VENCIMENTO: 18/12/2017	R\$91,96

V. 10.13 R. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONDIÇÃO 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

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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/04/2017

Hora: 07:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho

Idade: 29

Data de Nascimento: 25/04/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho

Idade: 29

Data de Nascimento: 01/01/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Bloco, "H", APTº304

Telefone: Não informado



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

Certifico e dou fe no presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/04/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AFW25254-UN42**
Consulte a autenticidade em <http://autodigital.tjpb.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

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)

(I) 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 Herivel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande: 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: APW25855-1PWP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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

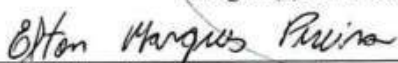


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

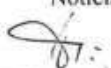


Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil



ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

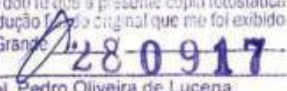


CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Heróis, 83 - Centro Fone: 3341-9085

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


Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25555 - KLCT
Consulte a autenticidade em selo.digital.tjpb.jus.br





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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 Elton Marques Pereira
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Elton 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.			

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)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Banco do Brasil NRQ. AGÊNCIA NRQ. 1634-9 D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ. 24491 D/V 6 (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

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

Pag. 01671/01672 - carta_12 - DAMS

00020836



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142777
Vítima: 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

Pag. 00919/00920 - carta_03 - DAMS



Carta nº 1263356



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**

Vítima: **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

Pag. 00303/00304 - carta_01 - DAMS



Carta nº 12627216





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

Vítima de acidente de moto, em esporte, apresentando FCC em movimento, com quebra de punho e mão direita esguinhada. Queixas de dor em região de punho e mão direita esguinhada. Não apresenta nenhuma lesão. Exame de punho, flexão e extensão em atenção. Exame de punho, flexão e extensão em atenção.

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. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
Bolsim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Mathheus Almeida Mendonça
CEP: 58400002 Nascimento: 25/04/1988

PACIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA
Endereço: SAO SEVERINO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: HERDILADE MARQUES PEREIRA
Responsável: SEM ACOMPANHANTE
Estado Civil: Solteiro
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico: SUELIO MOREIRA TORRES
OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abração | 19. Fratura escápula |
| 2. Amputação | 20. Fratura clavícula |
| 3. Anel | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Hemorragia |
| 5. Craniotomia | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Laceração |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalme | 26. Miomiotomia |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enfisema | 28. Crise Eczematosa |
| 11. Equimose | 29. Escoriação |
| 12. Ferida | 30. Paralisia |
| 13. Ferida | 31. Ferida |
| 14. Ferida | 32. Ferida |
| 15. Ferida | 33. Ferida |
| 16. Ferida | 34. Ferida |
| 17. Ferida | 35. Ferida |
| 18. Ferida | 36. Ferida |

OBS:
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ %
DIGNOSTICO / CID: Quedo de Mão

http://10.1.1.148/projeto/ajuda/prestadores.php?contar=1416230

RAIO X
REALIZADO EM:

ALERGIA: ☐
MEDICAMENTOS: ☐
PATOLOGIAS: ☐
EXAME FÍSICO

PUPILAS () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow 15 PA HGT: SatO2

ULTRASSONOGRAFIA
REALIZADA EM: 15/04/16

NAMES SOLICITADOS:
Laboratoriais
Gasometria arterial
Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCC & ORTO às
Especialista: BMF às

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. Selo 1000 ml, 6
2. Dipirona 1g, AD, 6
3.
4.
5.
6.

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM: 15/04/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM: 16/04/17

Bienja Lombo L. Barbosa
CRM: 10.1.1.148

EXC. MO. J. -
103870 -
103870 -





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eaton Marques Pereira		
End:	Quil São Severino 134	Bairro:	youte saulo
Data de Nascimento:	25-04-88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de moto	Data do Atend.:	15.04.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	08:05
		Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





**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>Genaral Abantes</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 campo estéril (4) Drenagem feita para o lado do rádio. (5) Dissecção por planos (6) Redução completa de fratura do rádio. (7) Fixação de rádio com placas e parafusos (8) Observado estabilidade da ARVD (9) Fixação da ARVD com fio de Kichiku (10) Sutura por planos (11) Curativos	COMPREVISEU E REVIDADO 28 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





NEURO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

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 Fica

Nº 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI - H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Phca 3.5 DEP 7F
PMS-PORTAL 3.5 x 18
" " 3.5 x 14

01

03

05

28 MAR. 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES

15/04/2017

Dr. Felipe

Q 3.5 Simplex

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Garrote as 17:50

MOD 066



PROCESSO Nº 20062215354634900000030443386





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Elton Marques Pereira		Idade:	28 anos
Convênio:			Data:	15/04/17
Procedimento:	Redução e fixação de fratura do osso 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

Relatório de Operação

MOD. 103







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

Bacini de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8022

Assinatura do anestesista





7710
20062215354634900000030443386



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: ELTON MARQUES			IDADE	SEXO	CCR
DATA: 15/04/17	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URNÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
Fratura na ossos do A-T-5-M-2-0							
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
GÊNERO ANESTÉSICO	O ^o					INDUÇÃO	
						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO	
						Cat. 8h 02- F. 12h 00-02 De cada 4h 02- Naos deu 02 = dormindo 02-04 F. 04h 02-04 Não, por quê? DA 3h 00-04	
CÓDIGOS - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO - AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						ANESTESIA SÁTISS: Sim _____ Não _____	
						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula:	
						Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:	
POSIÇÃO							
AGENTES	X1. Locam 2.1, 02 F+						
TECNICA	R. Loop de 1600 + 5. 02 02						
OPERAÇÃO	Redução CMT + 1. 02 02 + 1. 02 02						
CIRURGIÕES	DRS						
ANESTESISTAS	Junior						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMUNICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386

Número do documento: 20062215354634900000030443386

Num. 31751059 - Pág. 138





RECEBUE DO JUIZADO
DE 1ª INSTANCIA
PROT. 30443386 DE 2006

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





Diagnóstico

Verbs. Campo de Jatoati

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

MOD. 035









GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALTA ORTODONTICA

ELTON PEREIRA

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data 16/04			
1 DIETA LIVRE			
2 JELCO SALINIZADO			
4 DAPIRONA 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 S/N			
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			
COMPRIM. EV. 15 EV 15/15/15			
28 MAR. 2018			
PROTOCOLO*			
AG. JOAO PESSOA			
Evolução Médica			
12.04.18 #ORTOPEDIA			
Bela, estável			
sem alterações			
co. v. par			
soluções			
Dr. Julio Cesar Castro			
Ortopedia Traumatologia			
CAMPB-8955			
Em tempo: 14:10h			
Paciente evolui. 11			
fontes cobriga			
col. solida re de			
crena de NCR			
Dr. Julio Cesar Castro			
Ortopedia Traumatologia			
CAMPB-8955			

MOO. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386

Num. 31751059 - Pág. 148







SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ELTON PEREIRA

MOD. 035



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386

Num. 31751059 - Pág. 152



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 na 1ª medição	
LUIZ RENEE J. DE A. ENFERMAGEM 28 MAR. 2018 PROTÓCOLO 19. JOÃO PESSOA cálculo de 12.30.18 medicação recolha 4.1.18 5.1.18 Hc/H								

Josane C. de A. Nascimento
 Téc. Enfermagem
 CRN 177938

Assis







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

PACIENTE:	522N <i>resposta / p.c. 4</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







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 - I. 01

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

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

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 - I. 01

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

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

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

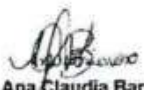
TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min

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

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPRESSÃO DE 15 MINUTOS
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emissão: 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354634900000030443386>

Número do documento: 20062215354634900000030443386



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

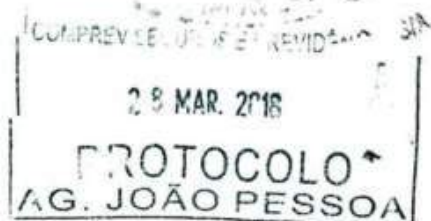
Nome: Elton Marques Pereira Registro: 9 Leito: 1 Setor Atual: Ortopedia

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: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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

Mobilidade Física: (x) 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

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

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

Ruidos 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:

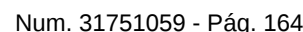
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ellen 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 PSICOBIOLÓGICAS

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (1) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

Ausculat 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

(1) 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: <u>US D</u>	Data da punção <u>15/04/12</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	<u>23 MAR. 2018</u>
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u>06:00</u>	Data: <u>23 MAR. 2018</u>
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Piroese () Outros:	<u>PROTÓCOLO</u>
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	<u>AG. JOÃO PESSOA</u>
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada (x) Equimoses (x) Hematomas (x) Escoriações () Outros:	
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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
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	
<i>As 06:00 hs paciente repouso armazenado, ao exame físico observado um sangramento discreto. São as primeiras repouso. Que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultados normais. Sendo assim, para o caso foi o mesmo evoluindo. Segue as evoluções de enfermagem.</i>	
<u>23 MAR. 2018</u>	
PROTÓCOLO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>25.10.2012</u> HORA: <u> </u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





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

Heroldo de Marques Pereira

PROTOCOLO
23 MAR. 2018
AG. JOÃO PESSOA





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17
as 9H20

Vitamina de polibromo
por acidente com moraculite
cloromacil (P)
si perde de consciencia
sem vomitar

Giesow ist
sehr bew. coligiz
Die sehr anormalen Reaktionen
zu TCE no. 1000
Infrarot. 1420 cm⁻¹ der Carbonsäure
TCE Col. Carboxyl sehr stark

CD : Observační neuvěřivé nevrata 64
Diprom 2e 2e 6/64
blíže de coloratione ne orathr (D)

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica _____

() Outros _____

(Jobire

X Enetha M. Pereira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Alfredo Lucio Nieto,
 hijo o futuro de la
 Chicomula, Jalisco.
 Chicomula-PB,
 3

23 MAR. 2018
PROTOCOLLO
AG. JOAO PESSO

GEORGE MENDES
New Mexico / george@menes.com / 505.234.6346



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Jhonatan Pereira

Cirurgia Plástica
Arquivo

Fe Hidro (E) + Fe Mandibular

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

9.1

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

15

Sua Injeção

04

Tubo Hepatocistostomia

17

Capitulação Ly 10.12.2018

18

Dipirona 1g + 100 mg Clorazepato

19

Oncoprogel 40 mg 1x dia

20

Curativos

21

MSE Elevado

22

Geop + BSW

23

Geop + BSW

24

Geop + BSW

25

Geop + BSW

26

Geop + BSW

27

Geop + BSW

28

Geop + BSW

29

Geop + BSW

30

Geop + BSW

31

Geop + BSW

01

Geop + BSW

02

Geop + BSW

142545

23 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





Detalhe de Sinistro			
Sinistro		Histórico	
Data	Ação	Comentários	Visualizar
10/04/2018 16:24	Documentação pendente	FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: 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

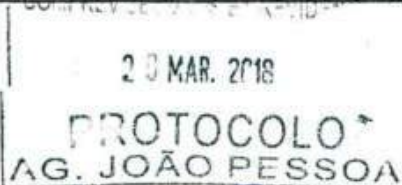
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

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: João Euvân 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 quem 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

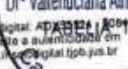
CARTÓRIO

Elton Marques Pereira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



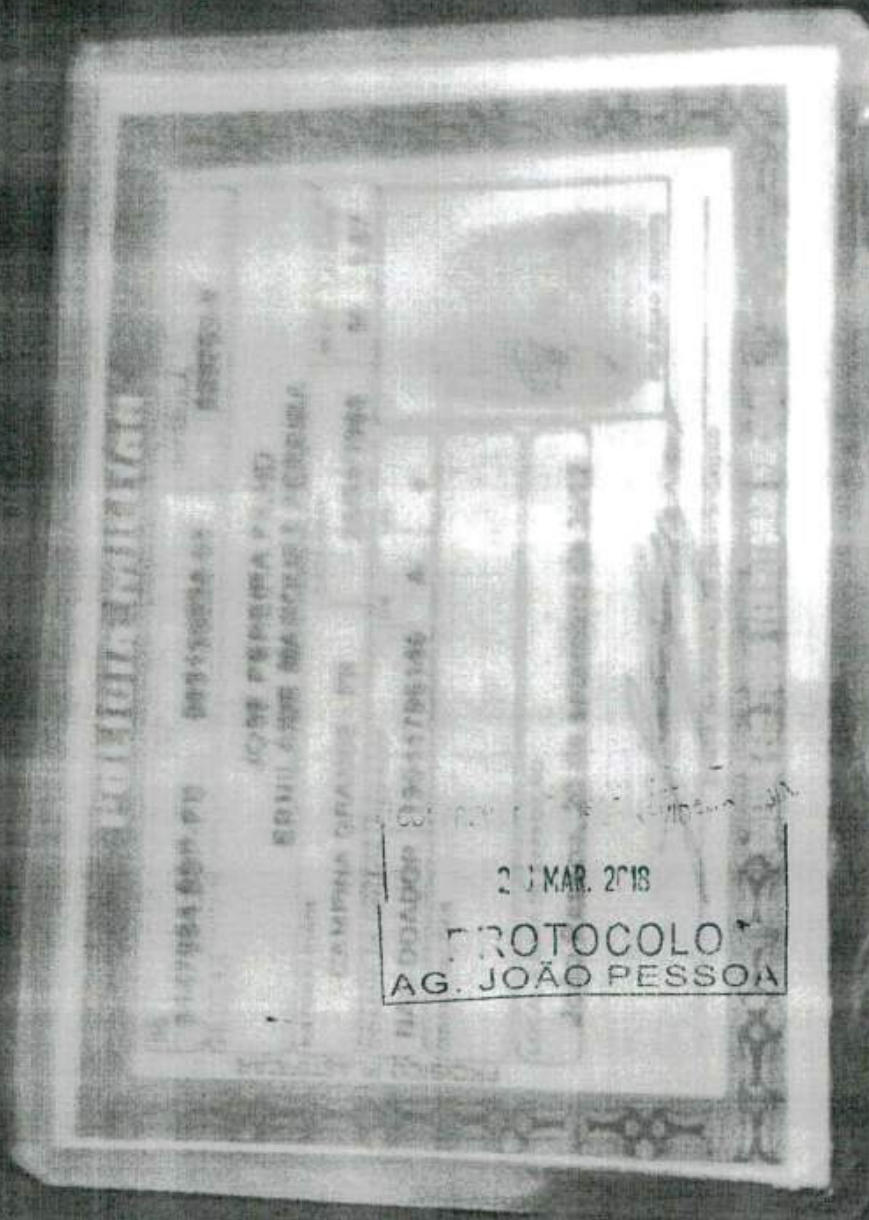
COMPREVE O SEU ARRENDAMENTO
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS
Drª Valterluciana Almeida de Moraes
Selo digital: 
Consulte a autenticidade em
<https://www.tjpb.jus.br>
TITULAR
Cartório de Notas - Serviços Notarial
Rua Nereu de Azevedo, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriodenotas@gmail.com
Selo Notarial - 7º Cartório
☐ Tabelião - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de PEREIRA MORAES
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017
Tabelião (Valterluciana Almeida de Moraes)









PROCURAÇÃO PARTICULAR

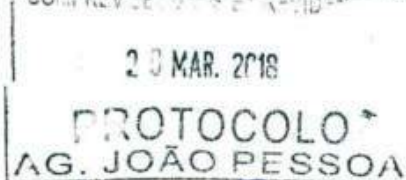
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte Santo

PROCURADOR:

Nome: João Euvân 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 quem 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

Elton Marques Pereira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



COMPROVAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS
Drª Valterluciana Almeida de Moraes
Selo digital: 
Consulte a autenticidade em
<https://www.tjpb.jus.br>
TITULAR
Cartório de Notas - Serviços Notarial
Rua Nereu de Azevedo, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriodenotas@gmail.com
Selo Notarial - 7º Cartório
☐ Tabelião - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de PEREIRA MORAES
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017
Tabelião (Valterluciana Almeida de Moraes)



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**

Vítima: **ELTON MARQUES PEREIRA**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12607483

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00020851



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00505/00506 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12607494



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

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

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00651/00552 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12727375



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta nº: 12823234

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ELTON MARQUES PEREIRA

Valor: R\$ 2.193,75
Banco: 001
Agência: 000001634-9
Conta: 000010027791-8
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01615/01616 - carta_15R - INVALIDEZ

00020808



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

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

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

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

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

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **CRANIOFACIAL**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

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

Médico Perito: **BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB**


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de rosto e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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 Elton Marques Pereira
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Elton 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.			

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)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Banco do Brasil NRQ.	
CONTA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRQ. 1634-9 D/V (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRQ. 27491 D/V 6 (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

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/04/2017

Hora: 07:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho

Idade: 29

Data de Nascimento: 25/04/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho

Idade: 29

Data de Nascimento: 01/01/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

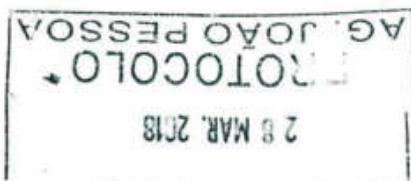
Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Bloco, "H", APTº304

Telefone: Não informado



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

Certifico e dou fe no presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/04/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AFW25254-UN42**
Consulte a autenticidade em <http://autodigital.tjpb.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

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)

(I) 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 Herivel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande: 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: APW25855-1PWP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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

ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Heróis, 83 - Centro Fone: 3341-9085
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

280917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25555 - KLCT
Consulte a autenticidade em selo.digital.tjpb.jus.br



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Elton Marques Pereira

CPF da Vítima

069.135.024-86

Data do Acidente

15/04/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. PROFISSIONAL

João Pessoa 22 de Março de 2018

Local e Data

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.193,75
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000010027791-8

Nr. da Autenticação 5EFEA85FB178E5D6



**CAGEPA**COMPANHIA DE AGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRICULA**

11314940

REFERENCIA

DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOSLUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370

CONCEICAO

58401-236

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.31.335.0016	0	1	0	0	0	11314940
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (litros)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
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. TERNOT	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

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

V. 10.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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

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



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 José Euvânio 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 Vitima 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)	

José Euvânio F. de Medeiros 22 de Março de 2018
Local e Data

José Euvânio F. de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



7 MAR 2020
10:00:00
SUELIO MOREIRA TORRES





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eaton Marques Pereira		
End:	Quil São Severino 134	Bairro:	Monte Santo
Data de Nascimento:	25-04-88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de moto	Data do Atendimento:	15.04.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	08:05
		Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





**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>Genaralir Advantes</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 amplexia e ankiupria ③ A posição de campos estéril ④ Drenagem feita para o lado do rádio. ⑤ Difusão por planos ⑥ Redução completa de fratura do rádio. ⑦ Fixação de rádio com placas e parafusos ⑧ Observado instabilidade da ARVD ⑨ Fixação da ARVD com fio de Kichiku ⑩ Sutura por planos ⑪ Curativos	COMPREVISEU E REVIDE 28 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





NEURO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

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 Fica

Nº 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

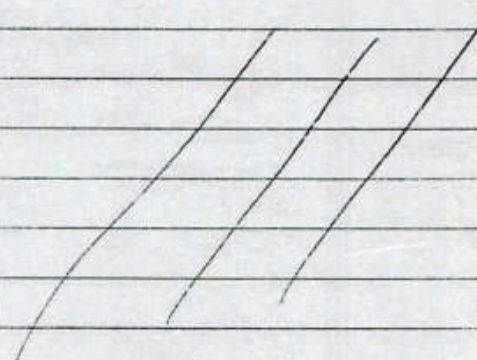
Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI-H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Placa 3.5 DEP 7F		01	
Paraf. Cortical 3.5 x 18		03	
" " 3.5 x 14		05	
			
28 MAR. 2016 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
Elton Marques Pereira		505		28a		1916230		GOVERNO DA PARAIBA	
CIRURGIA		CIRURGIA		ANESTESIA		ANESTESIA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
Red. cirurgia de abdômen de		Dr. Felipe		Dr. Jurandir				Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
Pse		15/04/17		17:45		18:40			
Qtd.		MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.		FIOS	
		Atenalina amp.		Calef. p/ Oxy.				Catgut cromado Sertix	
		Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.				Catgut cromado Sertix	
		Diazepam amp.		Compressa Grande				Catgut cromado Sertix	
		Dimore amp.		Compressa Pequena				Catgut Simples	
		Dolantina amp.		Colonoide				Catgut Simples Sertix	
		Efrane ml		Dreno				Catgut Simples Sertix	
		Fenegan amp.		Dreno Kerr nº				Catgut Simples Sertix	
01		Fentanil ml		Dreno Penrose nº				Cera p/ osso	
		Inova ml		Dreno Pezzier nº				Etiabond	
		Ketalar ml		Equipo de Macrogotas				Etiabond	
		Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas				Etiabond	
01		Nubain amp.		Equipo de Sangue				Fio de Algodão Sertix	
02		Pavulon amp.		Equipo de PVC				Fio de Algodão Sutapak	
02		Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm				Fio de Algodão Sutapak	
02		Protóxido de lítio		Furacim ml				Fila cardíaca	
		Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades				Mononylon	
		Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		02		Mononylon	
		Thionembutal ml		Intracath Adulto					
		Tracrium amp.		Intracath Infantil					
Qtd.		MEDICAÇÕES		Qtd.		SOROS			
		Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23				SG Normotérmico fr 500 ml	
01		Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11				SG Gelado fr 500 ml	
02		Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15				SG Hipertérmico fr 500 ml	
01		Flaxidol amp.		Luvas 7.0		01		SG Ringr fr 500 ml	
01		Fieborcort amp.		Luvas 7.5				SG fr 500 ml	
		Geramicina amp.		Luvas 8.0					
		Glicose amp.		Luvas 8.5					
		Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/á					
		Haemacel ml		Poliflix					
		Heparema ml		PVPI Degemante ml					
		Kanakion amp.		PVPI Tópico ml					
		Lasix amp.		Sabão Antisséptico					
		Medrothinazol.		Saco coletor					
		Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml					
		Prolamina		Seringa desc. 20 ml					
		Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml					
		Stuplexon amp.		Sonda					
		Cefalotina 1g		Sonda folley					
				Sonda Nasogátrica					
				Sonda Uretral nº					
				Sterydrem ml					
				Torreirinha					
Qtd.		MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.		EQUIPAMENTOS			
		Agulha desc. 25 x 7		Vaselina ml					
		Agulha desc. 28 x 28		Gelcon 18					
		Agulha desc. 3 x 4,5		Lasec					
01		Agulha p/ raque nº		Eletródos					
04		Alcool de Enfermagem		Algodão Atópe					
		Alcool Iodado ml							
		Ataduras de Crepon							
		Ataduras de Gessada							
		Azul metileno amp.							
		Benzina ml							

Garrote as 17:50

MOD 066



OTOCOLO
JUL 10 2020





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Elton Marques Pereira</i>	Idade: <i>28 anos</i>
Convênio:	Data: <i>15/4/17</i>
Procedimento: <i>Red. esvaziamento e fixação de Ent. da orelha de Antebraço (E)</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Felipe</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr. Giovanni</i>
Início:	Término:
	Anestesia <i>Região de Plexo Braquial (E)</i>

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesista	Maria Marília da Silva Técnica de Enfermagem COREN-785684 Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



20062215354716700000030443388





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

Bacini de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8022

Assinatura do anestesista





881 p. 123 us ... 0050 114 ~83

... 01:81 B1 FL ...

CONFREVE DE ...
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

..(58)

80

21p ... 430

10

(50)

10

... 21p ...

... 21p ...

21p

141 281
... 21p ...

... 20

... 21p ...

... 21p ...

... 21p ...



TRAB. 1
20062215354716700000030443388



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: ELTON MARQUES			IDADE	SEXO	CCR
DATA: 15/04/17	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
Fratura na ossos do A-T-E-M-A-R-O							
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
GÊNERO ANESTÉSICO	O					INDUÇÃO	
						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO	
						Cat. 8h 02" F. 11h 00 02" De cada 10 min 1 Naos 100 ml 1 Donnomo 100 ml 1 Fentanil 0.2 mg 1 DA 3 l/min	
CÓDIGOS	- ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO - AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____	
						Não, por quê? DA 3 l/min	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
CONDICÕES:							
POSIÇÃO							
AGENTES							
TÉCNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMUNICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354716700000030443388

Número do documento: 20062215354716700000030443388



TRABALHO
DE
REVISÃO
DO
PROCESSO



RECEBUE DO JUIZADO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
PROCURADORIA GERAL
28 MAR 2018

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







Diagnóstico

Yumba. Usumo de Jambati

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Edson Marques Pereira			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	1) Dieta livre por VO até recuperação completa. 2) 5F 0,9% 100ml EV 24h 3) 5.6 5% 500ml 24h 4) Cefotaxima 1g + AD EV 6/6h 5) Diltazem 1g + AD EV 6/6h 6) Metil 40mg + AD 1x ao dia. 7) Maresidom 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 5/h. 8) SSN + CC 66	12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h	Deu em por de abertura do tubo em placa e preparos. Incidência sem intercorrências. CO. VPM



20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388

20062215354716700000030443388





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALTA ORTODONTICA

ELTON PEREIRA

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data 16/04			
1 DIETA LIVRE			
2 JELCO SALINIZADO			
4 DAPIRONA 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 S/N			
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			
COMPRIM. 1500mg EV 8/8h			
28 MAR. 2018			
PROTOCOLO*			
AG. JOAO PESSOA			
Evolução Médica			
12.04.18 #ORTOPEDIA			
Bela, estável			
sem alterações			
co. v. par			
soluções			
Dr. Julio Cesar Castro			
Ortopedia Traumatologia			
CRM 13.895			
Em tempo: 14:10h			
Paciente evolui. 11			
fontes cobertas			
col. sólida de			
crena			
- Drenagem de NCR			
Dr. Daniel Curcio			
Ortopedia			
CRM 13.895			

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354716700000030443388

Número do documento: 20062215354716700000030443388







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

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 9-1

[illegible]

MOD. 035





TOUR
20062215354716700000030443388





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

PACIENTE:	ELSON MOREIRA / P. C. M.
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.

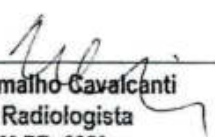
ANÁLISE:

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.




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







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 - I. 01

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

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

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV CELUTIF E REVIDA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

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

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

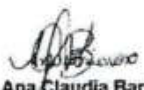
TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min

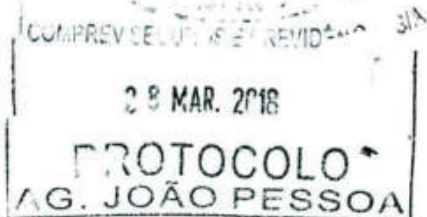
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



Emissão: 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2



EXCERPT
EXCERPT
EXCERPT



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

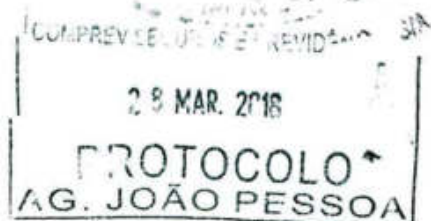
Nome: Elton Marques Pereira Registro: 9 Leito: 1 Setor Atual: Ortopedia

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: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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

Mobilidade Física: (x) 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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

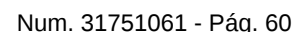
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





FONTE: BORDINHÃO, R.C: Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ellen 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 PSICOBIOLÓGICAS

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (4) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoracão: () 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

(4) 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 ()
Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>US D</u>	Data da punção <u>15/04/12</u>
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) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u>06:00</u>	Data: <u>23 MAR. 2018</u>
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Piroese () Outros:	PROTÓCOLO
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	AG. JOÃO PESSOA
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> 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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
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	
<i>As 06:00 hs paciente repouso armazenado, ao exame físico observado um sangramento discreto. São as primeiras repouso que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultados normais. Diante disso, passar o caso para o médico avaliador. Segue as evoluções de enfermagem.</i>	
28 MAR. 2018	
PROTÓCOLO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>25/04/12</u> HORA: <u> </u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



ASSINADO
ELETRONICAMENTE
POR: SUELIO MOREIRA TORRES
EM: 22/06/2020 15:35:47

ASSINADO
ELETRONICAMENTE
POR: SUELIO MOREIRA TORRES
EM: 22/06/2020 15:35:47

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAJ
CONFERE COM O ORIGINAL
21/06/2017
ASS. *Bommo*

Heroldo de Marques Pereira

PROTOCOLO
23 MAR. 2018
AG. JOÃO PESSOA





1/ PARECER MÉDICO
15/4/17
ds 9H+20
N cr

Vitima de polítrun
por acidente com moralidade
cloromacil (P)
si perde de consciência
sem vsm inoi

Glossow ist
 sein dem. coligat
 Die sem anomalidades re/cepne das
 do TCE no confor hmanhe
 In/creceniens. Madro, der zardeds
 TC col. Cervical sem fracture

CD : Observações necessárias na verda de
Dipirona 200 mg e 666
bolsa de coloração na orala (D)

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Outros _____

(Jobira

X Eneida M. Pereira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Alfredo Lucio Neto,
 Rua o Figueira, 114,
 Centro, 11000-000,
 Curitiba, PR, Brazil.

23 MAR 2018
PROTOCOLLO
AG. JOÃO PESSOA

georgie hendrix
New Mexico / georgiehendrix@comcast.net

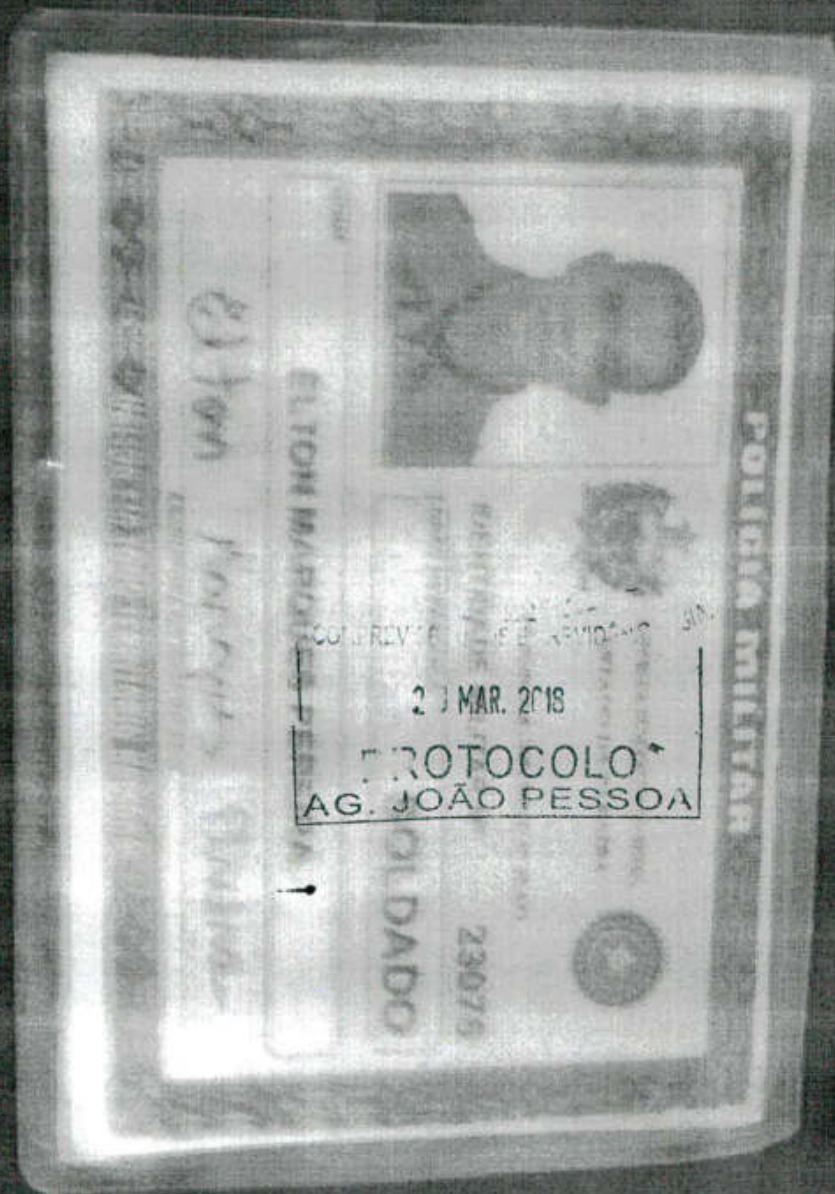














PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO

FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

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

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

PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO

ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSÃO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO

FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

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

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

PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO

ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSÃO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**CAGEPA**COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRICULA**

11314940

REFERENCIA

DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOSLUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370

CONCEICAO

58401-236

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.31.335.0016	0	1	0	0	0	11314940
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (litros)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
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

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

V. 10.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/04/2017

Hora: 07:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

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

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho

Idade: 29

Data de Nascimento: 25/04/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior

Conhecido por: Não informado

Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho

Idade: 29

Data de Nascimento: 01/01/1988

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

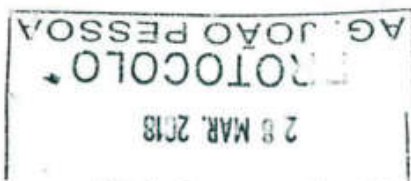
Profissão: Policial Militar

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

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

Complemento: Bloco, "H", APTº304

Telefone: Não informado



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

Certifico e dou fe no presente cópia fotostática
de a Reprodução do original que me foi exibido
Campina Grande, 28/04/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: **AFW25254-UN42**
Consulte a autenticidade em <http://autodigital.tjpb.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

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)

(I) 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 Herivel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande - 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: APW25855-1PWP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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

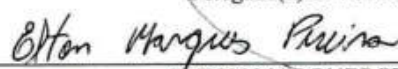


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

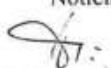


Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil


ELTON MARQUES PEREIRA

Noticiante

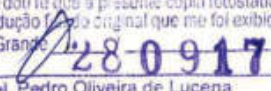

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Heróis, 83 - Centro Fone: 3341-9085
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


Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Elton Marques Pereira

CPF da Vítima

069.135.024-86

Data do Acidente

15/04/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. PROFISSIONAL

João Pessoa 22 de Março de 2018

Local e Data

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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

Elton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Elton 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
Email		CEP		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.

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

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 22 de Março de 2018

Local e Data

Elton Marques Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

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

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

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

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

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **CRANIOFACIAL**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

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

Médico Perito: **BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB**


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de rosto e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354716700000030443388>

Número do documento: 20062215354716700000030443388

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta nº: 12823234

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ELTON MARQUES PEREIRA

Valor: R\$ 2.193,75
Banco: 001
Agência: 000001634-9
Conta: 000010027791-8
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01615/01616 - carta_15R - INVALIDEZ

00020808



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

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

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00651/00552 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12727375



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00505/00506 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12607494



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180142770

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do Acidente: 15/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12607483

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00020851



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.193,75
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000010027791-8

Nr. da Autenticação 5EFEA85FB178E5D6



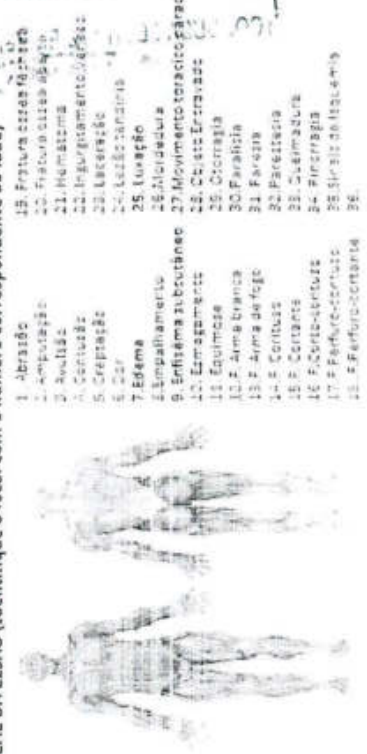


15

GOVERNO DA PARAIBA
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. Mai. 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
Endereço: SAO SEVERINO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: HERDILADE MARQUES PEREIRA
Responsável: SEM ACOMPANHANTE
Estado Civil: _____
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico: _____
OBS FICHA: _____
MECANISMOS DO TRAUMA _____
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



QUEIMADURA: _____ %
Superfície corporal lesada = _____ %
DIGNOSTICO / CID: Quedo de Mão

http://10.1.1.148/projeto/hospital/urgencia.php?contar=1416230

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS INICIAIS

Vítima de acidente de moto, em epíte, apresentando FCE em nível, ante quibragem a omeça (?) direita. Queixas de dor em região de punho e mão direita, segue para atendimento em urgência, para ser atendida.

RAIO X
REALIZADO EM: _____

ALERGIA: _____
MEDICAMENTOS: _____
PATOLOGIAS: _____
EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow 15 PA HGT: SatO2

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em: 15/04/16

EXAMES SOLICITADOS:
Laboratoriais
Gasometria arterial
Tomografia Computadorizada
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCC & ORTO às _____
Especialista: BMF às _____

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS
1. Sêr 1000 ml, 6
2. Dipirona 1g, AD, 6
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

HORÁRIO REALIZADO

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM: 15/04/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM: 16/04/17

Bienja Lombo L. Barbosa
CRM: 10.148

102

7 MAR 2020
10:00:00
SUELIO MOREIRA TORRES





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Eaton Marques Pereira		
End:	Quil São Severino 134	Bairro:	Monte Santo
Data de Nascimento:	25-04-88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de moto	Data do Atendimento:	15.04.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	08:05
		Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

Suelio Moreira Torres
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

SUELIO MOREIRA TORRES
COREN-PB 421.116

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





**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>Genaralir Advantes</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 amplexia e anquípria (3) A posição de campos estéril (4) Drenagem feita para o lado do rádio. (5) Difusão por planos (6) Redução completa de fratura do rádio. (7) Fixação de rádio com placas e parafusos (8) Observado instabilidade da ARVD (9) Fixação da ARVD com fio de Kichiku (10) Sutura por planos (11) Curativos	COMPREVISEU E REVIDE 28 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





NEURO



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 Fica

Nº 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI-H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Placa 3.5 DEP 7F		01	
Paraf. Cortical 3.5 x 18		03	
" " 3.5 x 14		05	
28 MAR. 2016 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE						GOVERNO DA PARAIBA	
Elton marques Pereira N: 25/04/88						SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
		SUS	28a	P1 6230			
CIRURGIA	Ed. cirurgia clíptica de pat dos ombros do antebraço (C)			CIRURGIÃO	Dr. Felipe		
ANESTESIA	Anestesia de Bloco Braquial (C)			ANESTESISTA	Dr. Jurandir		
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM				
pse	15/04/17	17:45	18:40				
Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS		CÓDIGO
	Afenalina amp.	.	Calef. p/ O ₂		Catgut cromado Serfix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix		
	Diazepam amp.	..	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serfix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serfix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serfix		
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		MAR. 2018
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix		
02A	Pavulon amp. bonomel	Q15	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutupak		
	Protigmine amp.	Q15	Espardrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Proxido lim xylorine	Q15	Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O. ml	02	Mononylon		(2-0) ..
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qt.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix		
01	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix		
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix		
01	Dipirona amp.	..	Luvas 7.0	01	Vicryl Serfix		(2-0).
01	Flaxidol amp.	..	Luvas 7.5		Vicryl Serfix		
	Hibocort amp. dexedron	Q15	Luvas 8.0		Vicryl Serfix		
	Geranicina amp.	3 l/min	Luvas 8.5 moled.				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacei ml		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qt.	SOROS		
	Kanaktion amp.	Q15	Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	04	Saco coletor		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				
	Stuptarson amp.		Sonda folley	Qt.	ORTOSE E PRÓTESE TM		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogastrica	01	Placa DCP 7 fur		
			Sonda Uretral n°	01	Parafusos latices		
			Sterydrem ml	01	Fio de Kurshner n° 2		
			Torneirinha				
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28		Lata				
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05 Eletrodos					
Q15	Aguilha p/ raque n°	ats Algodão Opte					
04	Alcool de Enfermagem						
	Alcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon	10cm					
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

EQUIPAMENTOS	
() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo
() Foco Frontal	() Cardiomonitor
() Fonta 220 V - 60 Hz	() Perfurador Elétrico
() Foco 220 V - 60 Hz	
() Foco 220 V - 60 Hz	

Garrote as 17:50

MOD 066



OTOCOLO
JAC





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Elton Marques Pereira</u>	Idade: <u>28 anos</u>
Convênio:	Data: <u>15/04/17</u>
Procedimento: <u>Red. esvaziamento e fixação de Ent. da orelha de Antebraço (E)</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Felipe</u>	Auxiliar:
	Anestesista: <u>Dr. Giovanni</u>
Início:	Término:
	Anestesia <u>Região de plexo braquial (E)</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



20062215354716700000030443388





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

Bacini de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8022

Assinatura do anestesista





881 p. 123 us ... 0050 114 ~83

... 01:81 ... 81:FL ... 18:10 ...

CONFREVE DE ...
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

..(58)

80

21p ... 430

10

(50)

10

... 21p ...

... 21p ...

21p

141 ... 283 ...
... 21p ...
... 21p ...

... 20 ...

... 21p ...

... 21p ...

... 21p ...



TRAB. 1
20062215354716700000030443388



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																																											
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: ELTON MARQUES			IDADE	SEXO	CCR																																																																										
DATA: 15/04/17	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																											
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS																																																																											
	URINA																																																																																
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE																																																																											
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																												
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																																																																												
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																																																											
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO																																																																											
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">GÊNEROS ANESTÉSICOS</th> <th rowspan="2">O</th> <th rowspan="2">LÍQUIDOS</th> <th rowspan="2">CÓDIGOS - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO - AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</th> <th colspan="2">INDUÇÃO</th> </tr> <tr> <th>Satisf.: _____</th> <th>Excit.: _____ Tosse: _____</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Laringo espasmo: _____</td> <td>Lenta: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Náuseas: _____</td> <td>Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Outros: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <th colspan="2">MANUTENÇÃO</th> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Reflexos na SO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Outros: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Com cânula: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Paro e Leito Sim: _____ Não: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">CONDIÇÕES:</td> </tr> </tbody> </table>								GÊNEROS ANESTÉSICOS	O	LÍQUIDOS	CÓDIGOS - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO - AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	INDUÇÃO		Satisf.: _____	Excit.: _____ Tosse: _____					Laringo espasmo: _____	Lenta: _____					Náuseas: _____	Vômitos: _____					Outros: _____						MANUTENÇÃO						Reflexos na SO: _____						Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____						Náuseas: _____ Vômitos: _____						Outros: _____						Com cânula: _____						Paro e Leito Sim: _____ Não: _____						CONDIÇÕES:	
GÊNEROS ANESTÉSICOS	O	LÍQUIDOS	CÓDIGOS - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO - AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	INDUÇÃO																																																																													
				Satisf.: _____	Excit.: _____ Tosse: _____																																																																												
				Laringo espasmo: _____	Lenta: _____																																																																												
				Náuseas: _____	Vômitos: _____																																																																												
				Outros: _____																																																																													
				MANUTENÇÃO																																																																													
				Reflexos na SO: _____																																																																													
				Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____																																																																													
				Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																																													
				Outros: _____																																																																													
				Com cânula: _____																																																																													
				Paro e Leito Sim: _____ Não: _____																																																																													
				CONDIÇÕES:																																																																													
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																	
POSIÇÃO																																																																																	
AGENTES																																																																																	
TÉCNICA																																																																																	
OPERAÇÃO																																																																																	
CIRURGIÕES																																																																																	
ANESTESISTAS																																																																																	
OBSERVAÇÕES																																																																																	
ANOTAR, NO VERSO AS COMUNICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA																																																																												

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354716700000030443388

Número do documento: 20062215354716700000030443388

Num. 31751061 - Pág. 115

20062215354716700000030443388



GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

28 MAR. 2018

PROTOCOL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ACAO DO PACIENTE: *sem maiores alterações*

IDADE:

PRONTUÁRIO: 10175

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO²⁴

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA
SAÍDA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

- ☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

- ☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SÍTIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

- **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HA POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?
- **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HA ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO

- ☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

○YNK

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

1. NÃO

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

CRISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML

(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

→ NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

ASIM

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

WIS

NÃO SE APLICA

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO: 1,5

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

validade da S. L. Beserra
TIC ENERMA GEM
COEN 250721

Assinatura

TRAMITADO
10/06/2020
SUELIO MOREIRA TORRES



RECEBIMOS DO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR
DESEMBARGADOR
DR. JOÃO PESSOA
EM 28 MAR 2018

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







Diagnóstico

Impres. Centro de Salvat

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Edson Marques Pereira			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	1) Dieta livre por VO até recuperação completa. 2) 5F 0,9% 100ml EV 24h 3) 5.6 5% 500ml 24h 4) Cefotaxima 1g + AD EV 6/6h 5) Diltazem 1g + AD EV 6/6h 6) Metil 40mg + AD 1x ao dia. 7) Maresidom 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 5/h. 8) SSN + CC 66	12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h	Até em por de overnight do radio um placa e preparos. Incidência sem intercorrências. CO. VPM



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11





GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALTA ORTOPÉDICA

ELTON PEREIRA

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data 16/04			
1 DIETA LIVRE			
2 JELCO SALINIZADO			
4 DAPIRONA 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 S/N			
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			
Evolução Médica			
12.04.18 #ORTOPEDIA			
Bela, estável			
sem alterações			
co. v. par			
soluções			
Dr. Julio Cesar Castro			
Ortopedia Traumatologia			
CAMPUS-9905			
Em tempo: 14:00h			
Paciente evolui. 11			
fontes cobertas			
col. sólida de			
crena de NCR			
Dr. Daniel Curcio			
Ortopedia Traumatologia			
CAMPUS-9905			
28 MAR. 2018			
PROTOCOLO*			
AG. JOAO PESSOA			

MOD. 035





Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

ELTON PEREIRA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 9-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data 17/04	Horário	Evolução Médica	
1 DIETA LIVRE Prescrição Médica		HORTOPEDIA	
2 JELCO SALINIZADO		2º DSH	
4 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/5H	(18) (24) (6)	BEBE, estável, s/ queixas no momento. Nega dor de cabeça ou alteração nas funções vitais. Nega alterações de comportamento.	
5 TRAMAL 100mg + SEF 90% 100ml EV 8/8h S/N		Col: Uprn + Aguardante emqgriz-	
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN			
7 OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEIUM	(6) (18) (24) (6)		
8 CEFTRIAXONE 1g + ABD EV 12/12H			
9 CURATIVO 1x d.c.			
10 MSE ELEVADO			
11 SSW+CCGG			
12 Estimulon Desemboço de malden. P. 20 MAR 2018			
13 Estimulon Ingestão Hidratav. GO. JOAO PESSOA *			
14			
15			
16			
17			
18			
19 Em tempo Alta Hospitalar e orientações			
20 da permissão ambulatória (+			
21 triaxone + ANE + AB			
22 Pl card.			

MOD. 035





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 nao foi medicado	
28 MAR. 2018 PROTOCOLO 19. JOÃO PESSOA Joseane C. de Ag. Nascimento Téc. Enfermagem CRN 177938 5.4.1 reaberto reaberto reaberto Me/H								



TOUR
20062215354716700000030443388





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

PACIENTE:	EDSON RAPOSO / P. C. M.
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.

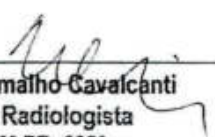
ANÁLISE:

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.




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







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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 - I. 01

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referência

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	32,0 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	40 à 70 % - 1.800 à 6.500 / mm ³
Segmentados.....	80,0	6.480	0,5 à 5,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos.....			
Típicos.....	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	162	2,0 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 Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV CEL. 1127 REVIDADO 31A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

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

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

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

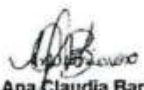
TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min

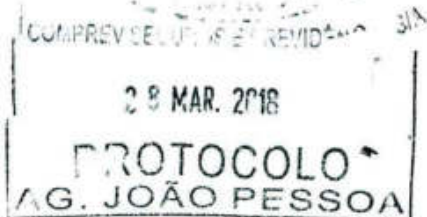
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



Emissão: 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2



EX 244
PROTUB
2020 06 22



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Eliete Marques Pereira Registro: 9 Leito: 1 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: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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

Mobilidade Física: (x) 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

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

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

Ruidos 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:

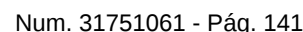
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ellen 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 PSICOBIOLÓGICAS

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (4) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(4) 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: <u>US D</u>	Data da punção <u>15/04/12</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	<u>23 MAR. 2018</u>
Alimentação: (x) VVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u>07:00</u>	Data: <u>23 MAR. 2018</u>
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Piroese () Outros:	<u>PROTÓCOLO</u>
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	<u>AG. JOÃO PESSOA</u>
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> 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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
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	
<i>As 06:00 hs presente após internação, ao exame físico observado um sangramento discreto. São o presente relata que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultados normais. Presente presso o caso por o mesmo evoluiu satisfatoriamente. Segue em observação de enfermagem.</i>	
<u>28 MAR. 2018</u>	
PROTÓCOLO	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>25/04/12</u> HORA: <u> </u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



ASSINADO
SUELIO MOREIRA TORRES
22/06/2020 15:35:47

ASSINADO
SUELIO MOREIRA TORRES
22/06/2020 15:35:47



COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
23 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Heroldo de Marques Pereira

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAJ
CONFERE COM O ORIGINAL
21/06/2017
ASS. Gomes





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

1/ PARCELA MÉDICO
15/4/17
as 9H+20
#Ncn

Ultima de polhram
por acidente com moraculite
cloromagic (D)
si perde de consciencia
sem vsm 1001

Gisgou is
sem dem. col/giz
Te sem normalidades reciprocas
do Te no conformante
in/crençans. Mas to, do zardo s
Te col. Cernivel sem frature

CD : Observační neuvěřivé ne vada 64
Diprom 2e 2e 6/6h
blíže de coloratione ne orathr (D)

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

Centro chirurgico

() Internação (setor)

() Altra hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

1. *Principios de la disciplina*

(Jobiro

X Eneida M. Pereira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Chen, Y. H., & Lu, C. N. (2004).
Chen, Y. H., & Lu, C. N. (2004).
Chen, Y. H., & Lu, C. N. (2004).
Chen, Y. H., & Lu, C. N. (2004).

23 MAR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

georgie hendles
New Mexico / georgiehendles@comcast.net



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Eduardo Pereira

Cirurgia Plástica
Arquivo

Fe 10/01/2020 (E) + 1x 10/01/2020

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

9.1

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

15

Sinais vitais

04

Tubo Hepatostomia

17

Capitulação Ly 10.12.2019

18

Dipirona 1g + 100 mg Colchicos

19

Oncoprogel 40-9-10 dia

20

Curativos

21

100% Elevado

22

Geop + 35W

23

Geop + 35W

24

Geop + 35W

25

Geop + 35W

26

Geop + 35W

27

Geop + 35W

28

Geop + 35W

29

Geop + 35W

30

Geop + 35W

23 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





PROCURAÇÃO PARTICULAR

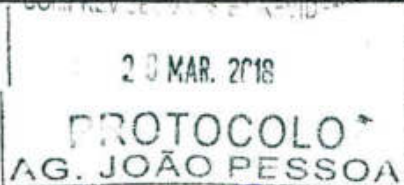
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte Santo

PROCURADOR:

Nome: João Euvân 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 quem 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

Elton Marques Pereira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



COMPREVE...
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS
Drª Valteruciana Almeida de Moraes
Selo digital: 435241209
Consulte a autenticidade em
<https://www.tjpb.jus.br>
TITULAR
Cartório de Notas - Serviços Notarial
Rua Manoel Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriodenotas@gmail.com
Serviço Notarial - 7º Cartório
☐ Tabeliã - Valteruciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Valteruciana Almeida de Moraes
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017
Tabeliã (Valteruciana Almeida de Moraes)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO

FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

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

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

PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO

ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

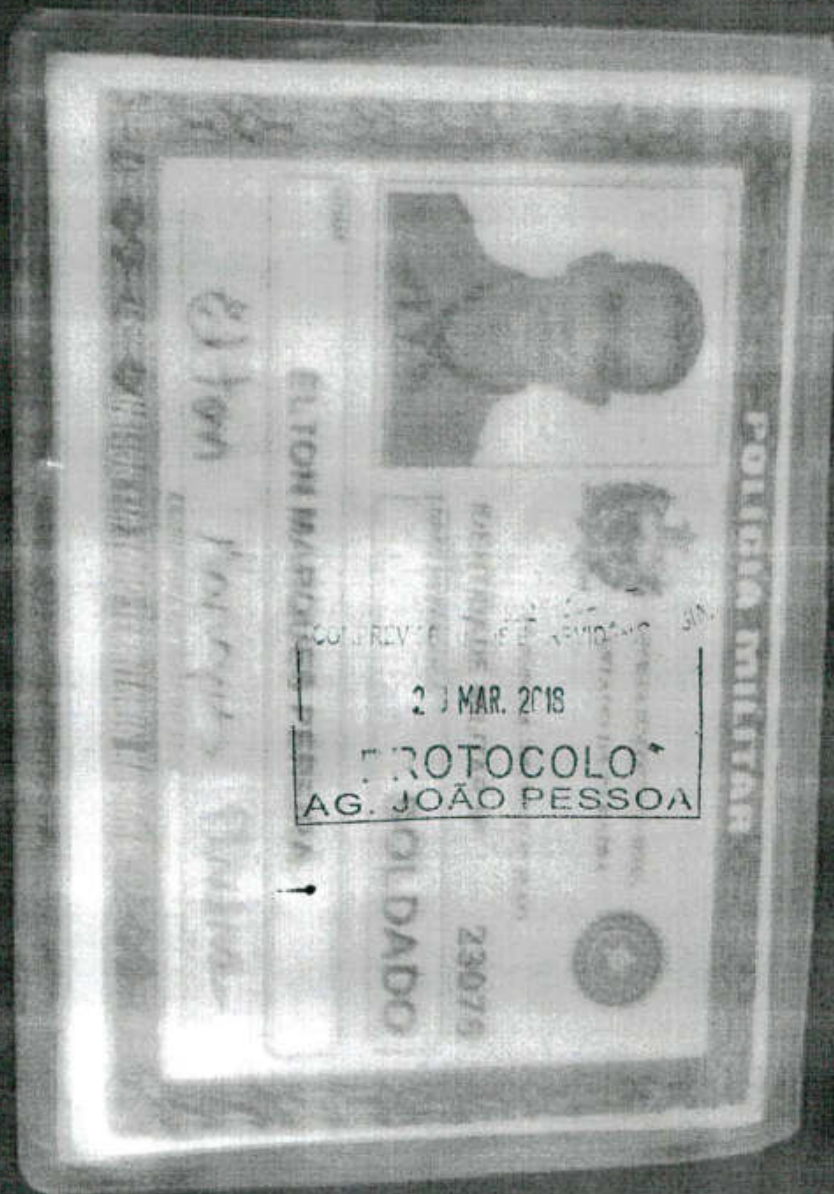
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:











Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** * 0889

Pag. 001 de 002

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

Vencimento:
05/04/2018



CTC RECIFE PE PL7

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



> **Atenção:**

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

Valor Total:
R\$ 1.258,05

Pagamento mínimo: (1)
R\$ 188,71

Pagamento parcelado: (2)
ENTRADA 123,86
+23X 123,80

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 123,86 - CET 199,43% a.a.). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contém o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br ou procure um caixa eletrônico ou ligue para 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
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

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

> **IOF e Encargos nesta Fatura**

IOF
Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 0,00
Encargos
Retiradas na função crédito 0,00
Uso do limite de crédito rotativo 0,00
Limites
Total para transação à vista 4.233
Saques (incluindo total transação à vista) 4.233
Total para transações parceladas 2.000
Credenciário 20.488

> **Ponto pra Você/Livelo**

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

> **Encargos Financeiros**

1 2
Crédito Rotativo 9,98 9,98
Crédito Parcelado 9,30 9,30
Juros de mora 1,00 1,00
Multas por atraso 2,00 2,00
1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % ao mês

> **Tarifas**

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

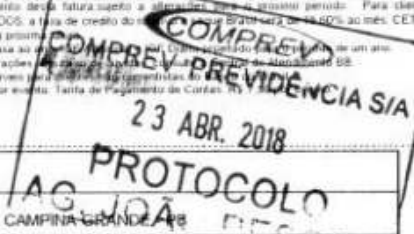
> **Uso no Exterior**

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

> **Custo Efetivo Total (CET)**

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

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações, para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATOCOS, a taxa de crédito do cartão BB Visa será de 14,99% ao mês. CET 489,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado de incidência da Taxa de Juros de Mora, de 10% ao mês, sobre o saldo devedor de um ano.
3 - Taxas de juros sujeitas a alterações, para o próximo período.
4 - Os serviços não estão disponíveis para todos os cartões e condições de uso. Taxa de Saque R\$ 12,00 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$



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

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

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2020 15:35:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062215354716700000030443388>

Número do documento: 20062215354716700000030443388

Num. 31751061 - Pág. 164

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 José Eurivan 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 Vitima 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>Penha</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

José Eurivan F. de Medeiros 22 de Março de 2018
Local e Data

José Eurivan F. de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

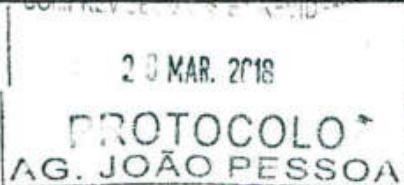
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte Santo

PROCURADOR:

Nome: João Euvân 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 quem 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

Elton Marques Pereira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



COMPREVE...
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS
Drª Valteruciana Almeida de Moraes
Selo digital: AT 3324 / 2018
Consulte a autenticidade em
<https://www.tjpb.jus.br>
Campina Grande
Rua Nogueira Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7cartoriodenotas@gmail.com
Serviço Notarial - 7º Cartório
☐ Tabelião - Valteruciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Valteruciana Almeida de Moraes
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017
Tabelião (Valteruciana Almeida de Moraes)

