

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000059728-4

Nr. da Autenticação D99096FE69312DA5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190642043 **Cidade:** Algodão de Jandaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSVALDO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 19/11/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 37 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0403025139	CPF da vítima: 09317657494	Nome completo da vítima: Orlando do Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Orlando do Silva Santos	CPF: 09317657494	
Profissão: agricultor	Endereço: Avenida Quilômetros	Número: SIN
Bairro: Zona Rural	Cidade: Pernambuco	Complemento:
E-mail:	Estado: PE	CEP: 58598005
		Tel.(DDD): 8333341289

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

REDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (titular e bancas)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO:
☐ Itaú (343)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 4668 ☐ CONTA: 59723 ☒	AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: ☐ Falecidos: ☐
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, **Pernambuco, Recife, 18/03/2019**
 Nome: **Orlando do Silva Santos**
 CPF: **093.146.574-94**
José Gomes do Nascimento Neto
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Mª da Penha Gomes do Nascimento**
 CPF: **039.282.434-54**
Maria da Penha Gomes do Nascimento
 Assinatura
 2ª Nome: **Maria Luíza do Silva**
 CPF: **051.980.844-41**
Maria Luíza do Silva
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000257/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000257/19 registrada em 01/11/2019, que passo a transcrever na íntegra: Ao primeiro dia do mês de novembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:15 horas, compareceu o Sr. OSVALDO DA SILVA SANTOS, com 31 anos de idade, filho de MARIZO PEQUENO DOS SANTOS e MARIA DAS DORES DA SILVA SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIA - PB, Solteiro, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.250.954 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09317657494, residindo à rua SÍTIO QUEIMADAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 19.11.2016, estava retornando para a sua residência, trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Queimadas, área rural de Remígio/PB, conduzindo sa motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2007/2007, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08107R181273, de placa MNS-7896/PB, licenciada em nome de Emerson da Silva Gomes, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após cair em uma vala feitas pelas fortes chuvas na região, tendo a moto caído por cima do seu membro inferior esquerdo, causando fratura, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para o pronto atendimento da cidade de Remígio/PB e em seguida transferido para o hospital de Emergência e Trauma, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, entretanto, não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTan não estiveram no local, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 1 de Novembro de 2019



OSVALDO DA SILVA SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 099.241-4

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

ANGELA MARIA SOARES DA SILVA
ASSISTENTE QUIMICA, S/N - AREA RURAL
REMIO / PB CEP: 58390-000 (AS 71)

energisa

Emissão: 15/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONI/FASICO
Roteiro: 8-73-345-750 Nº medidor: 00008720733

ENERGISA PARABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08.086.183/0001-40 Insc. Est: 16.015.823-0

Note Fiscal / Contas de Energia Elétrica: 100.000.000
Cód. para Dts. Automática: 0061739359-6

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Assessoria Web: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/CNPJ/RAM
Fev/2018	15/02/2018	16/03/2018	7525588428 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

6/1739359-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Não se preocupe, a energia não é mais a mesma. O sistema de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
15/01/18	1317	15/02/18	1350	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cal. Aq.	Cal. Frio	Cal. Frio	Cal. Frio	Cal. Frio
Tributos Totais (R\$)									
0001	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,180000	5,40	0,00	0,00	5,40	0,00	0,00
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	3,000	0,110000	0,33	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00
0010	Subsídio			11,07	0,00	0,00	11,07	0,12	0,87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. ILM. PÚBLICA			4,06	0,00	0,00	4,06	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio			-10,37	0,00	0,00	-10,37	0,00	0,00

CC	Código de Classificação do Bem	TOTAL	11,13	0,00	8,00	17,42	0,18	0,80
----	--------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

51

VENCIMENTO
22/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 11,13

Histórico de Consumo (kWh)

40	35	38	47	41	41	43	82	58	58	56	73
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVADO AO FISCO

ebd3.5007.5a18.1a1f.ca8a.062b.8976.b610.

Indicadores de Qualidade				Limite de Tensão (V)	
	Limite de Avaria	Aparado		NOMINAL	220
DIAMENSAL	11,84	0,00			
DIAMENSAL	23,90				
DIAMENSAL	47,18				
DIAMENSAL	7,14	0,00			
DIAMENSAL	15,49				
DIAMENSAL	30,98				
DIAMENSAL	8,58	0,00			
DIAMENSAL	18,60				

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	2,28	20,48
Custo de Energia	2,70	24,26
Serviço de Transmissão	0,35	3,14
Encargos Setoriais	0,63	5,66
Encargos Civis e Encargos	5,17	46,49
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	11,13	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2017) R\$ 6,64

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após esse data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 10,37. - Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Jan/18	40,03
Dez/17	31,58
Nov/17	36,21
Out/17	32,08
Set/17	65,23

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0403025139 CPF da vítima: 09317657494 Nome completo da vítima: Orlando do Silva Santos

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

Nome completo: Orlando do Silva Santos CPF: 09317657494

Profissão: agricultor Endereço: Avenida Quilômetros Número: SIN Complemento:

Bairro: Zona Rural Cidade: Pernambuco Estado: PE CEP: 58598005

E-mail: Tel.(DDD): 8333341289

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4668 CONTA: 59723 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se o(a) vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Pernambuco, Recife, 18/03/2019

Nome: Orlando do Silva Santos

CPF: 093.146.574-94

José Gomes do Nascimento Neto

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Mª da Penha Gomes do Nascimento

CPF: 039.282.434-54

Maria da Penha Gomes do Nascimento

Assinatura

2ª Nome: Maria Luzinete do Silva

CPF: 051.980.844-41

Luciana Louzine de Silva

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

[illegible]

Paciente visto a pedido de la familia. Se le realizó examen físico y se le dio de alta. Se le dio de alta a las 09:24.

20/11 09:24

OTOPRAXIA

Se le dio de alta a las 09:24.

Paciente visto a pedido de la familia.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

Se le dio de alta a las 09:24.

20.11.16 # con General

(09:11)

Paciente visto a pedido de la familia.

FAST negativo

Rx

Cd: Alta de Cirugía

Unidad de Ortopedia

[Signature]

DESTINO DO PACIENTE:

() Centro cirúrgico

() Internação (se for)

() Transferência a outro SETOR do HOSPITAL:

[Signature]

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

hs.

Alt

() Alta hospitalar

() Decisão médica

() Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DA PARAÍBA

Ficha de Acolhimento

Nome:			
End:			
Data de Nascimento:	Documento de Identificação:	Bairro:	
Queixa:	Data do Atend.:	Hora:	Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Coragem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

RECEITUÁRIO DE ENTORPECENTES

Paciente: Osvaldo da Silva Santos

Apartamento Nº: _____ Enfermaria: Ext Leito: 01

Medicamento: Tramadol 50mg 8/8h

Diagnóstico: Pós-op. Fr. Fech. Fíbula

Justificação: Analgesia

Ass. Médico: Hedisson Barros de Almeida CRM: PE 2552

CRM: _____

Campina Grande, 10 / 12 / 2020

Fixação	Convenção
---------	-----------

© 2000 Blackwell Science Ltd

[illegible]

FORMULÁRIO DE EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente

Elisângela Santana

Alojamento:

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Dieta

2. SRL 1500ml EV/24h

3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h

4. Tilidil 20mg + AD EV 12/12h

5. Omeprazol 40mg EV/jum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN

7. Neustedron 01 FA + AD EV 8/8h SN

8. Clezane 40mg SC/dia

9. SSV + CCGG

23/11

Elisângela Santana

CD =

lipidum

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

Caralides Sembrar

DEPARTMENT OF THE ARMY

173

His wife suffers

Alojamento:

Leito

Convênio

7.10.1

Prescribho Médica

Evolução Médica

Date	Prescrição Médica	SND	Horário	Evolução Médica
25/11	1. Dieta 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h 4. Tiletal 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Trainal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron Q1 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSIV + CC6G	SND AD AD AD DE S/N S/N S/N G	Horário 18h 21h 3h 6h 9h 12h 15h 18h	Inte... Admado... Cin... pmc

AN NERVOUS ORGANS

END

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital de
Emergência e Trauma Oton
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	AP. PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Osvaldo de Figueiredo			IDADE: 30	SEXO: M	COR: D
DATA: 08/12/19	PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO: 80	RESPIRAÇÃO: 16	TEMPERATURA: 36,5	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜENEO:	ACTUALIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URINA:	OUTROS:	
ANESTESIA PRE-OPERATÓRIA:				ANESTESIA PRE-OPERATÓRIA:			
AP. CIRCULATORIO:				ELETROCARDIOGRAMA:			
AP. DIGESTIVO:				AP. URINÁRIO:			
ESTADO MENTAL:				ALERGIA: RAS			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Metacarpo 5º				ESTADO PRE-OPERATÓRIO: RAS			
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:							
APLICADA: AS: EFEITO:							
AGENTES ANESTÉSICOS:					INDUÇÃO Satif: ☒ Excl: ☐ Fosse: ☐ Laringo: ☒ Esparmo: ☐ Lenta: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐		
LÍQUIDOS:					MANUTENÇÃO Propofol - 20mg Ceftazidima - 2g Fentanyl - 2g Decadron - 10mg Ketorolaco - 4mg Dexamet - 20mg Nidex - 3mg Mifedol - 0,5g ANESTESIA SATIF: Sim ☒ Não ☐ Não por quê? ☐		
CÓDIGOS:					DESPERTAR Reflexos na SO: ☒ Obstr: ☐ Co: ☐ Excl: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:					Com cânula: ☒ Para o Leito: Sim ☐ Não ☒ CONDIÇÕES:		
POSICÃO:					DOX. de pulso: ☒ Crotalimp: ☒ PA não imbu: ☒		
ADMITES:					Anestesia de Figueiredo		
TÉCNICA:					Anestesia de Figueiredo		
OPERAÇÃO:					Anestesia de Figueiredo		
CIURDIÇÕES:					Anestesia de Figueiredo		
ANESTESISTAS:					Anestesia de Figueiredo		
OBSERVAÇÕES:					Anestesia de Figueiredo		
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.							
PERDA SANGÜÍNEA							



Diagnóstico

Ex. Plac. Fibral

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Orvaldo Santos	Alojamento	Ext	Leito	01	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
03/12	1) D. Diab. Insulino 2) 2000ml SGO, 5% IV 24h 3) Leptinaxona 1g IV 12/24h 4) Digoxina 0,5mg + 50 IV 24h 5) + 10ml 40mg + 50 IV 24h 6) Manual seding + SGO 5% IV 24h 7) Guaprazol 40mg + 50 IV 24h 8) Curativo 9) 5 metoprolol 10mg + 50 IV 24h 10) 55VU + CC.BG	11/12/19 12/12/19 13/12/19 14/12/19 15/12/19 16/12/19 17/12/19 18/12/19 19/12/19 20/12/19	# Ontoprelin # 20 DTH 1000 # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes # 1000, adjuvantes			

DIAGNÓSTICO

Ex. físico normal

UNIDADE DE ATENDIMENTO

Paciente	Qualidade da Saúde	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
10	1. Dieta 400g 2. 800-1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 05/06h 4. Tiletil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Claxane 40mg SC/dia (Suspensão) 9. SSVV + CCGG		Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
12			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
16			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
22			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
24			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
26			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
28			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
30			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
32			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
34			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
36			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
38			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
40			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
42			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
44			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
46			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
48			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
50			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
52			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
54			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
56			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
58			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
60			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
62			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
64			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
66			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
68			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
70			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
72			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
74			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
76			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
78			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
80			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
82			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
84			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
86			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
88			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
90			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
92			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
94			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
96			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
98			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
100			Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	

Holocausto: Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: PB 3556

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

GOVERNO
DA PARAIBA

DIAGNÓSTICO:

dx. pleito torácico

PACIENTE: Dyvaldo Santos

ENFERMARIA: CS

LEITO

DATA: 17/07/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) 33 DIC 2% Leure
- 2) SF 0.9% 500 ml EV 24 h
- 3) Dipirona 12 amp. → AD EV 6/6 h
- 4) Talid 40 mg → AD EV 12/12 h
- 5) Omeprazol 40 mg EV 1 = 10 dias
- 6) Naproxeno 250 mg → AD EV 8/8 h
- 7) SSN 7 = 10 dias

8) Ceftriaxona 1g → AD EV 12/12 h

EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

DH

COB, consuetudo, orientado, estável, sem alterações.

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

DA PARAIBA

DIAGNÓSTICO:

dx. pleto total

PACIENTE: Deivullo Santos

ENFERMARIA: 607

LEITO

DATA: 17/07/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Sinais: livre

2) SF 0.9% 500 ml EV 24 h

3) Dipirona 12 amp. + AD EV 6/6 h

4) Tioril 40 mg + AD EV 12/12 h

5) Omeprazol 10 mg EV 3 = 3x dia

6) Metoclopridam 10 mg + AD EV 3/8 h

7) Sinais: CCGO

8) Ceftriaxona 1g IV - 8h - 1x/dia

EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

DH

Ev. constante, orientado, estável, sem dor

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32



Evolução Psicológica

Nome: OSWALDO DA SILVA SANTOS

Setor: Nova/Bico

Leito: 6 x TMS

[illegible]



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOMÍLIUZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

Hospital: União Médica e Cirúrgica de Crato Código: _____

Procedimento: Artroscopia de joelho Cód. Procedimento: _____

Paciente: ASIS - Angela da Silva Santos

Data da Cirurgia: 01/07/2020 Nº prontuário: 1350410 Convênio: _____

Cirurgião: Angela Santana Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Pinco - 1.0mm PF			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	40	61	616				
	Qtd	01		01				
	Cód							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº	75						
	Qtd	01						
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	75						
	Qtd	01						
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Ocurrido da noite

PACIENTE:

Carlo Jauto

ENFERMARIA:

LEITO

DIAGNÓSTICO:

fx. Mão direita

DATA: PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABUS

USUÁRIO

Prescrição

EVOLUÇÃO

HISTÓRIA

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]

USUÁRIO: [assinatura]



Diagnóstico

Rx. pleto-fibrose

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Chelido Gomes	Alojamento	RX	Leito	1	Convênio	
Data	28/11/16	(1) Dextro Rux	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
		2) 100 mg + 100 mg EV 24h					
		3) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		4) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		5) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		6) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		7) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		8) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		9) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		10) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		11) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		12) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		13) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		14) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		15) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		16) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		17) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		18) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		19) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		20) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		21) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		22) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		23) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		24) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		25) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		26) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		27) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		28) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		29) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		30) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		31) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		32) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		33) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		34) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		35) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		36) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		37) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		38) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		39) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		40) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		41) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		42) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		43) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		44) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		45) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		46) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		47) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		48) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		49) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		50) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		51) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		52) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		53) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		54) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		55) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		56) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		57) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		58) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		59) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		60) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		61) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		62) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		63) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		64) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		65) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		66) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		67) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		68) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		69) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		70) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		71) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		72) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		73) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		74) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		75) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		76) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		77) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		78) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		79) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		80) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		81) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		82) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		83) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		84) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		85) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		86) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		87) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		88) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		89) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		90) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		91) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		92) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		93) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		94) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		95) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		96) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		97) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		98) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		99) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					
		100) Dextro Rux 100 mg + 100 mg EV 24h					

Apwidi. ffo
Cardeiro, e.
concluído
File
OK

Diagnóstico

Fx. platô tibial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

Diagnóstico

Ex. Plotão tibial -

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Oswaldo	Santana	362	Alc	Ex	Leito	4	Convênio	Evolução Médica
30/11	Dieta	Ulivre							# 11° DLM.
	2	Diminua	VO	8/12h					Ex 1/10/20
	3	550ml	6666						Ex 1/10/20
01/11	1	Ex 1/10/20							Ex 1/10/20
	2	Diminua	VO	8/12h					Ex 1/10/20
	3	550ml	6666						Ex 1/10/20

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
30.11.16	08:00	35	—	—	120/80		paciente consciente orientado sem queixa no momento aguarda por cirurgia	
30.11.16	20:00	35	—	—	120/80		paciente consciente orientado sem queixa no momento.	
01.12.16	20:00	35	—	—	120/80		paciente consciente orientado sem queixa no momento aguarda por cirurgia.	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fe Placido Híbrido

Paciente O Nivaldo Santana, 36 a

Data 02/12 Prescrição Médica

1) Dúvida sobre
2) Dúvida sobre VO, 218h
3) SSIU e CCE

Alojamento Ext

Leto 1

Convenio

Horário

13º DH1

Evolução Médica

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/12/16	8:00				120/80		paciente verbal, clí- nicamente estável sem sinais de função renal. Cade. Condição procedimento mid-ra boa	
03/12/16	20:00				110/70		paciente verbal, estável sem sinais de função renal. Cade. Condição procedimento mid-ra boa	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. físico: normal

Paciente: Onildo Santos

Alojamento: 3

Leito: 3

Convenio:

Data: 04/12

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

(1) Dieta Líquida
(2) Dipirona 500, 8/8h, 19
(3) SSV + CCG

19/07/2020

16° DTH
Pódo hemodinamicamente estável. ECG
Quedas: N/A
Cdx. mantida

Holteron, Paralelo de Amplitude
0,01 a 0,05

Holteron, Paralelo de Amplitude
0,01 a 0,05

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/11	08h -	80	14	130/80			Paciente orientado sujeito deambulando livre e independente Elisângela Santana 17/07/2020 13:42:32	
04/11	19h -	78	18	120/80				



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Onildo Santa

Moimento IX

Leito 1

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

07/07/2020

07/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

17/07/2020 13:42:32

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Ex. plab. Híd

- Gr. purple stick

Convênio

www.elsevier.com



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		2
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		2
Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		2
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		10


Assinatura Anestesista

- Ex. Prob. 1.6.1

- Ex Photo - hand

MCO 02M

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Doença Primária: *Doença*

Paciente: *Diogo da Silva Santos*

Alojamento:

Leito:

Convênio:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

08/11/2019
Prescrição

12/11/2019
2. SFO 91 2000 EV 2044. 15/11/2019

16/11/2019
3. Cetim 4000 19 EV 12/11/2019

4. Alimora 154 + 49 EV 6164 15/11/2019

5. Mami 407 154 + 49 EV 15910 15/11/2019

6. Tami 41 1007 154 + 100 660.91 15/11/2019

7. Anatus 15/11/2019

8. Queltra 407 154 + 49 EV 15910 15/11/2019

9. Fio 2000 1007 154 + 100 660.91 15/11/2019

10. SSVV + CCG 15/11/2019

11. SSVV + CCG 15/11/2019

12. SSVV + CCG 15/11/2019

13. SSVV + CCG 15/11/2019

14. SSVV + CCG 15/11/2019

Dr. Tullio Alberto de O. Souza
CRIO 2007/2019
CRM 2007/2019

Dr. Tullio Alberto de O. Souza
CRIO 2007/2019
CRM 2007/2019



Nome do Paciente OSVALDO DA SILVA SANTOS		Nº Prontuário ASL-0403025/19	
Data da Operação 08/12/16	Enf. NEURO/2000	Leito EXTRA 1	
Operador Dr. CUMMEN	1º Auxiliar THIAGO AUGUSTO		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL (E)			
Tipo de Operação TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO DA TÍBIA EXTERNA			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato SIM			
Acidente Durante a Operação NAO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + SEJA OF
2. ANTISEPSIA + ASSEPSIA + APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS
3. INCISÃO EM FAIXA ANTEROLATERAL DE PERNAS EXTERNAS
4. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA EM "L" DE 10 FIOS + DE LAPARÓSCOPIA ELASTICOS + 02 CORTICÓIDES
5. LAVAGEM COM SF0.91
6. SUTURA
7. CURATIVO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Osvaldo da Silva Santos</u>	Idade: <u>30</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>08/12/16</u>
Procedimento: <u>TTA com fixação de placa lateral</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Edmar</u>	Auxiliar: <u></u>
Anestesista: <u>Dr. Roberto</u>	
Início: <u>07:45</u>	Término: <u>08:45</u>
Anestesia: <u>Periférica</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

NOME: OSVALDO DA SILVA SOUZA		ENFERMARIA: CKTQ		LEITO: 1
IDADE: 30	ADMISSÃO: 19.11.16		HORA: 20h	
H. D. Ref.				

PROCEDÊNCIA: Relatório				
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neutro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM				
☐ Hemorragia	☐ Outros:			
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia				
HDA: pac. vítima de queda de moto, ferido pelo lado direito				
NSD e SVD				
SV: FC bpm FR bpm PA mmHg SpO2 % T °C				
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Glasgow				
Tônus: ☒ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal				
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normal				
Bloqueios Articulares (Rogides): NLF				
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR				
☒ Suprimento ☐ Sem alterações				
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI ☐ DVM				
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ Sim ☐ Másc. Simples ☐ Másc. Sistema de Venturi				
☐ Másc. Reinalação par. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo: 10l/min				
DESCOMFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BDN ☐ Targens supraclaviculares ☐ Targens intercostais ☐ Targens subcostais				
☐ Uso de msc. acessória Insp/Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estidor ☐ As				
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ NÃO ☐ SIM				
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial				
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica				
Ausculta Pulmonar: NLF				
Tosse: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz				
SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.				
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucoide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta				
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marron ☐ Rosada ☐ Vermelha				

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS					
ORNO: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante ☐ Oclito		Pulsação: ☒ Normal ☐ Deficiente			
Edema: Regiões: NLF		☐ Cefálicas			
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE					
CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	☐ Aspiração ☐ TMV	☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP	☐ Treino de Marcha ☐ Orientações	☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sudestação	☐ Sudestação
☐ Ortopostismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	☐ Posicionamento	☐ Treino Musc. Pré decaumulação			
Observações: pac. com queixas de dores pulmonares.					
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Ref. - C. de Ref. - Fibra		Campina Grande, 08/12/16			



255 122

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alimento	Leito	Convenio
----------	----------	-------	----------

Grupo de Siga Sista

OK / OK

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

1) Inala oral Leve

2) ASV

3) SIO, 94 5000e 10 S/S

4) Clorid 100 100ml 12/14

5) Soro 1000 20 1000 20

6) Desmopress 200 100 100 100

7) Paracet 500 100 100 100

8) Clorid 100 100 100 100

9) Soro 1000 20 1000 20

10) Soro 1000 20 1000 20

11) Soro 1000 20 1000 20

OK / OK

OK / OK

OK / OK

OK / OK

OK / OK



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Osvaldo Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO:

17 / 08 / 17

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

OMC Joelho (e)

PROCEDIMENTO:

2425

093: Cultura negativa.

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Erickson + Dr. Hallisson

MOD. 128



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Osvaldo de Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO:

15 / 11 / 2020

Nº PRONTUÁRIO:

1350420

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

Gx. pleural

PROCEDIMENTO:

Exatidão cirúrgica

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Erickson

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8682

MOD. 128



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Osvaldo da Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO:

25 / 05 / 17

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

OMC

PROCEDIMENTO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Osvaldo Silva

Fe 7/19 (E)

Fisioterapia

4011

MOD. 001

19 / 1 / 17

Data

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Osvaldo de Silva

Sereno

Enriot Acheletar

Hallison Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 101216

MOD. 001

Data

Médico



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EST. MARIA AUGUSTA LAUREANO
AV. MONSENHOR RUI BARREIRA VIEIRA, 62
LAGOA DO MATO - REMÍGIO - PB

Declaração Médica

Do clare para devido fim,
que o Sr. Osvaldo da Silva
Santos, 30 anos. É portador
de Diabetes Mellitus, Tipo II.
CID 10: E11.

Em uso de Hipoglicemizantes
orais.

Atenciosamente,


Dr. Edilson B. Rodrigues
MÉDICO
CRM / PB 10.986

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 08/11/2018

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMIGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF V. IZILZA MOREIRA
RUA ANTONIO CLEMENTINO, 179
PR. CICERO - REMIGIO - PB

Ata do

Ata para o dia de
fui que o Sr. Osvaldo de

Silva, filho, 30 anos

sofreu hematomas

na face e sangramen

to no, que requer

o mesmo, sob o cuidado

de um médico, o mesmo inter

na de atendimento. Hoje

o paciente deve permanecer

em casa, com os pais

Remigio - 12/07/19

Marileide Elias B. de Oliveira

MÉDICA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA:

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA MARIA AUGUSTA LAMARE
AV. MONSENHOR RUI BARREIRA VIEIRA, 52
LAGOA DO MATO - REMÍGIO - PB

Declaração Médica

Do clinic para devida fins,
que o Sr. Osvaldo da Silva
Santos, 30 anos, é portador
de Diabetes Mellitus, Tipo II.
CID 10: E11.

Em uso de Hipoglicemizantes
orais.

Atenciosamente,


Dr. Leilson B. Rodrigues
MÉDICO
CRM / PB 10.966

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 08/11/2018

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Oswaldo da Silva
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 186.6 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 02 / 09 / 17 A 25 / 09 / 17 NECESSITANDO DE
29 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523
Campina Grande 25 / 09 / 17 Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Oswaldo Silva
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 184.1 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 17 / 03 / 17 A 25 / 03 / 17 NECESSITANDO DE
30 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 25 / 03 / 17 Vivian de Paiva Câmara
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-057

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

NAO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.250.954 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/08/2017

NOME OSVALDO DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO MARIZO PEQUENO DOS SANTOS
MARIA DAS DORES DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/09/1988

DOC ORDEM NASC.N.19037 FLS.23325 LIV.A01
CARTORIO AREIA-PB

CPF 093.176.574-94

Assinatura AB
Márcus A. B. Lacer Jr.
Chefe do Núcleo de Ident. Civil e Criminal

O +

Ministério da Fazenda
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

093.176.574-94

OSVALDO DA SILVA SANTOS

20/09/1988

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

CAIXA

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0092724674-0 00/00000000 2014
EMERSON DA SILVA GOMES

09987065497
NOVO PB 9C/KC8810/R1812/3
MNS/896/PB

HONDA/CG 150 TITAN K3
2 P/149/CI PARTIC
IPVA PAGO EM 20/06/2014

VERMELHA
11
20/06/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
PAGO
20/06/2014

REMIGIO-PB
14303
02/07/2014

PB Nº 010730198798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvat.org.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 09987065497
00927246740 HONDA/CG 150 TITAN K3
2007 9 9C/KC8810/R1812/3

PREMIO TARIFARIO
PAGO
20/06/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT
31054-0810549-20140702

31054-0810549-20140702

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

230.6564 DATA 28 JUN. 1996
LUIZINETE DA SILVA
Saverino Quintino da Silva
Marilza Leite da Silva
Areia/PB. 10/06/1974
Cert. Masc. 223. liv. 01. fls. 58. v. do
Cart. do Dist. de Manguém. Areia-PB.

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16



ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

[illegible][illegible]



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

039.282.434-54

Nome

**MARIA DA PENHA GOMES DO
NASCIMENTO**

Nascimento

29/09/1975

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
AUTORIDADE NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

DOC EMITENTE / (RG) RAISOR DE: 3562463 SSP

CPF: 090.669.764-62 DATA NASCIMENTO: 05/07/1989

EMISSAO: EDSON GOMES DO NASCIMENTO
PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

PERMISSAO: ACC CATAR: AB

Nº REGISTRO: 04849528564 VALIDADE: 08/08/2024 1ª HABILITACAO: 23/12/2009

DESTINACAO:

Assinatura do Portador: Jose Gomes do Nascimento Neto

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSAO: 09/08/2019

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

PARAIBA
DENATRAN CONTRAN

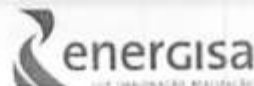
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838510044

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 032.620.377



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO FERREIRA NUNES

SIT TITARA S/N

REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1526389-0

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

15/10/2019

CONSUMO

30

VENCIMENTO

22/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,22

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07469.614171 8 80500000007122

Pagador: FRANCISCO FERREIRA NUNES CNPJ/CPF: 019.175.944-96

SIT TITARA S/N - AREA RURAL - REMIGIO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

26249120007469614

Nr Documento

001526389201910

Data Vencimento

22/10/2019

Valor do Documento

R\$ 71,22

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

