
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000020506-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclua o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIAS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do título ou RG

1 - CPF do titular
105.891.404-93

3 - Nome completo da vítima

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2013

5 - Nome completo

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

6 - CPF

105.891.404-93

7 - Profissão

Autônomo

8 - Endereço

RUA FRANCISCO PAULINO LACLAU

9 - Número

514

10 - Complemento

11 - Bairro

MONTE CASTELO

12 - Cidade

PATOS/PB

13 - Estado

PB

14 - CEP

58707-710

15 - E-mail

16 - Tel.(DDD)

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ Necessário informar
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPEANÇA (conveniente para os fins de direito. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (2307)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (só se houver)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4932

CONTA: 000201501

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Causa de Falecimento com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar quantos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar quantos:

33 - Vítima deixou parentes?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta declaração, 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.

Lubia Brito Costa Fogaça

25 - Nome legal de quem assina o pedido (a rigor)

013 733 724 86

26 - CPF legal de quem assina o pedido (a rigor)

Lubia Brito Costa Fogaça

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rigor)

38 - 39 - Nome: João Evangelista dos Santos
CPF: 028.925.724-18

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome: Jurezinda Rosa Santana
CPF: 930.387.724-72

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MARÇO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026352.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 01:09 min do dia 28/05/2020, na Delegacia Online, **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, nacionalidade Brasileiro(a), nascido(a) em 23/11/1973, idade 46, filho(a) de MARIA JOSE DE ARAUJO, CPF 105.891.404-93, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, na cidade de Patos/PB. CEP: 58707110, telefone(s) 83998802050, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 28/02/2020 17:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA JOAQUIM AMARO, MONTE CASTELO, Patos/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o notificante, na data 28.02.2020, por volta das 17:00 horas, conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAM 00498932435, licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Catelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos, que foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduly Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

B52FD52176B8ACAE2D47265CB8D88113

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@sedes.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Resposta para o tipo de cobertura:

☐ DIARIAS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do título ou RG

1 - CPF do titular
105.891.404-93

3 - Nome completo da vítima

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2013

5 - Nome completo

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

6 - CPF

105.891.404-93

7 - Profissão

Autônomo

8 - Endereço

RUA FRANCISCO PAULINO LACLAU

9 - Número

514

10 - Complemento

11 - Bairro

MONTE CASTELO

12 - Cidade

PATOS/PB

13 - Estado

PB

14 - CEP

58707-710

15 - E-mail

16 - Tel.(DDD)

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ Necessário informar
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPEANÇA (conforme para os fins de direito. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (230)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (fundo de reserva)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4932

CONTA: 000201501

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Causa de Falecimento com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a)?

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar quantos (se vivos)?

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou filhos?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar quantos (se vivos)?

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou irmãos?

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

34 - Nome legítimo do quem assina o pedido (a regra)

013 733 724 86

35 - CPF legítimo do quem assina o pedido (a regra)

36 - Assinatura do quem assina o pedido (a regra)

38 - 39 - Nome: João Evangelista dos Santos
CPF: 028.925.724-18

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome: Jurezinda Rosa Santana
CPF: 930.387.724-72

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MARÇO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000020506-3

Nr. da Autenticação FEFE357DAA99C351



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PATOS S.A.
Rua Feliciano Lima, 220 - Jiquiriá João Pessoa - PB
CEP 58.015-570 - CNPJ nº 08.123.834/0001-87

INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO

29016436

REFERÊNCIA

1004/2020

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E ETECUTOS

MARIA APARECIDA B DE LIMA - 2
RUA FRANCISCO PAULO DE CARVALHO, S/N - MONTE CASTELO
PATOS PB 58707-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
075.016.230.0022.000	000	Residencial	Comercial	Industria	Tercio	
		1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Agua	Situação Esgoto
Y15NS21426	06/01/2014	INTERNO	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (L/S)	VALOR DE TAXA	PROTEÇÃO	FECHA
838	857	19	32		16/04/2020
HIST. CONSUMO: LITROS E QUALIDADE AGUA (ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS)					
FEV/2020	20	PARÂMETROS	FEIG	ADULTOS	CONFORMES
JAN/2020	27	TURBID.	0	0	0
DEZ/2019	37	COLOR	0	0	0
NOV/2019	26	COL. TERMIT	0	0	0
OUT/2019	20	COL.	0	0	0
SET/2019	16	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	21	DADO: RETENÇÃO DE 100% COM			

DATA DE EMISSÃO	17/03/2020	VALOR DA TAXA	20	16/04/2020
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)		
AGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - R\$ 37,92 POR UNIDADE	10 M3	37,92		
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,59 POR M3	9 M3	41,31		
ESGOTO				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - R\$ 30,35 POR UNIDADE	10 M3	30,35		
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	9 M3	35,19		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 10/2019		4,65		
JUROS DE MORA 11/2019		5,40		
FATURAS EM ATRASO				
REF 202001	247,25			
REF 202002	162,97			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 25,00 PIS e COFINS: R\$ 17,246727

VENCIMENTO:	29/03/2020	Total a Pagar:	R\$ 157,49
-------------	------------	----------------	------------

WALDEY LEITE LEANDRO

RUA JARGAS MOURA COSTA, S/N - 58700430 - CEP 58700430

BELO HORIZONTE

PATOS (AG: 118)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL

Roteiro: 009 - 0118 - 285 - 4800

Nº do Medidor: 00000575646

MATRÍCULA: 1264583-2019-10-1

DOM. ENT.:

LIGAÇÃO: MONOFASICO

DOM. BANC.:

CNPJ/CPF/RANI: 059.007.684-14



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Note Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº: 032.812.046

1

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta



0800 083 0196

ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Emissão: 17/10/2019

Identificador para Débito Automático: 0001264583-4

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PRÓXIMA FATURA

UC UNIDADE CONSUMIDORA

Outubro/2019

22/10/2019

14/11/2019

5/1264583-4

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS(R\$) (0,8301%)	COFINS(R\$) (3,8505%)
0601	Consumo em kWh	603,000	0,545400	0,798510	481,50	481,50	27	130,00	481,50	4,03	18,59
0501	Adic. B. Amarela				7,07	7,07	27	1,91	7,07	0,06	0,27
0601	Adic. B. Vermelha				16,45	16,45	27	4,44	16,45	0,14	0,63
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA				36,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2019				0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019				10,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 06/201				-0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Total:

552,04

505,02

136,35

505,02

4,23

19,49

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO	131,88	23,85
COMPRA DE ENERGIA	173,65	31,43
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	19,59	3,55
ENCARGOS ELÉTRICOS	19,83	3,59
MULTAS E JUROS DE MORA	267,59	37,57
ENCARGOS DE OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	552,54	100,00

VENCIMENTO

29/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 552,04

Reservado ao Fisco

a5e5.3cbf.5531.1a19.8fd3.1631.12a6.5652

- Valor Encargo Uso Sist. Distr. (Ref 08/2019): R\$ 138,47

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu YURE PEREIRA GOMES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404 / 93

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404 / 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.000,00 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 JACARIS MOURA</u>	Número: <u>5N</u>	Complemento:
Bairro: <u>BELO HORIZONTE</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58700-430</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 9.9880-2050</u>

Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

Yure Pereira Gomes
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu YURE PEREIRA GOMES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024, 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404, 93

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404, 93, 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 JARBAS MOURA</u>		Número: <u>52</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>SELO HORIZONTE</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58709-430</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>(83) 9.9880-2050</u>	

Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

Yure Pereira Gomes
 Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 458-24

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>25/03/2024</u>	Ocorrência nº: <u>0031</u>	Paciente / Usuário: <u>Robinaldo Tubaltes de Almeida</u>	Idade: <u>46</u>	Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Local da Ocorrência: <u>Residência</u>		Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Médico Regulador: <u>Luciano</u>	
Agiu no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPFSAM ☐ STERANS ☐ TROTE ☐ Outro				
GTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Faltoso atendimento ☐ Socorrido pelo Bombardeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABIMENTO/QUEDAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.S.	☐ OUTROS
☐ F.A.P. (P.A.T.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ EROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☒ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERFERENTE ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ INOCUMENTES
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: SAMU RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

MOTIVO DE TRANSPORTE:

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

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: [Assinatura] RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
P.A.: 160 x 100 FC: 74 TEMP: 36,4 °C - GLUCEMA: mdld - E. Com a: SpO2a/O2: 97% SpO2v/O2: 97%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Anestesia ☐ Capacidade Adaptativa Intrínseca Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Incontinência e Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz
☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Inconsciência Intelectual
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES

Realizar avaliação de nível de consciência e resposta a estímulos.
Monitorar sinais vitais e manter a via aérea permeável.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

10:15h - Paciente em nível de consciência moderado, responde a estímulos.
10:30h - Sinais vitais estáveis, mantém a via aérea permeável.
10:45h - Paciente em nível de consciência moderado, responde a estímulos.
11:00h - Paciente em nível de consciência moderado, responde a estímulos.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO

☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL

☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1. Medicamentos: 1. 10mg (10mg/100ml) 1. 10mg

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G. _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): 1. 10mg (10mg/100ml) 1. 10mg COREN: 1. 10mg (10mg/100ml) 1. 10mg MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONEXITO: _____

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	97825	PRONTUÁRIO	4253
DATA	28/02/2020	HORA	18:19
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO	IDADE	46a 3m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA JOSE DE ARAUJO		
FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA		
CIDADE	PATOS PB 58704000		
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO SN		
BAIRRO	MONTE CASTELO		
NATURALIDADE	CACIMBA DE AREIA		
TELEFONE	83996911207	CELULAR	83996911207
C.N.S.	700404916244142	IDENTIDADE	4.153.900
C.P.F.	105.891.404-93	REG. NAC.	
NASCIMENTO	23/11/1973	COR	PARDO
EST.CIVIL	UNIÃO ESTA	PROFISSÃO	AMPARO

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG Ass. Resp./Paciente

Lubia C. Costa Fraga

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

Vitima caso moto x moto

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

Do 2º Exame + Sinais físicos Peris (E)

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Rx Peris (E) 2º

DIAGNÓSTICO

Peris exposto 1º e 2º (E)

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *03/03/20*

Hora *7* H *0* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Gonçalves Loureiro
Cirurgião Traumatologista
CRM 17417*

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO MÓRBEGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m
NASCIMENTO	AMPARO	COR	PARDO
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	BAIRRO	MONTE CASTELO
ENDEREÇO	PATOS	CEP	58704000
CIDADE	(83)9969-1120	CELULAR	83996911207
TELEFONE	700404916244142	REG. NASC.	
CNS	R.G. 4.153.900	CPF	
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLEA
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	J. Luba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Acidente de trânsito			
Acidente de trânsito			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)			
Solicitação de parecer			
Solicitação de parecer			
DIAGNÓSTICO			
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)			
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS			
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO			
MÉDICO/CRM/CNS			
CBO			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

03a1060061

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPARTAMENTO CIRÚRGICO		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: <u>Robsonne Gomes de Azevedo</u>				Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <u>28/02/20</u>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <u>A. José Sousa</u>		1º Auxiliar: <u>A. Gomes</u>		2º Auxiliar:		
3º Auxiliar:		Instrumentador:		Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fractura exposta do antebraço</u>						
Tipo de Cirurgia: <u>fixação externa</u>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>o mesmo</u>						
Relatório Imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Pint com solução antisséptica 2) Posicionamento + colocação do torniquete 3) Anestesia f.o + lavagem extensa y sfo, q.e. 4) Redução da fratura + fixação externa LI fixação linear 5) Sutura + lavagem	<i>João H. Suassuna Laureano</i> Ortopedia e Traumatologia CRM: 7417
---	---

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA

Recebido no Centro Cirúrgico Resistência Mecânica de Idade Sala Aberto

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro _____

Antecedentes Pessoais:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ AVE ☐ Etilista
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☒ Doença Cardíaca
Alergia ACV Tempo de jejum _____

ATO CIRÚRGICO
Data da cirurgia 28/02/20 Hora 18 h 45 Cirurgia Realizada 110 cm de fístula repetida de
anestesia de insuflação Cirurgião Dr. João 8/10/10
Auxiliar _____ Tipo de anestesia Rapida
☐ Antibiótico _____

SEGURANÇA E PROTEÇÃO
Glicemia _____ mg/dl RX: ☒ Sim ☐ Não Hb _____ g/dl Ht _____ %
Exames alterados: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____
Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____
Anestésias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____
Tricotomia: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

RESPOSTA CARDIOVASCULAR
Pa 120/40 mmHg P 81 bat/min R 98% ^{SpO2} irpm/min T _____ °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☐ NÃO
Especificar _____

INFUSÃO/SOLUÇÕES
☒ S. Fisiológico 1000 ml ☐ S. Glicosado _____ ml ☐ R. Lactato _____ ml
☐ Plasma _____ ml ☐ C. Hemácias _____ ml ☐ Manitol _____ ml
☐ Outros _____ ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO
☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG
☐ Outros _____

Início da Cirurgia 18:45 Final da Cirurgia _____

DESTINO
☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Patos 28/02/20

MORTUÁRIA EM FÉRMAS
Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de Enfermagem

PACIENTE: <u>Rosivaldo FARIAS DE OLIVEIRA</u>				
QT:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>4153</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Moisés S. SANTOS</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Moisés S. SANTOS</u>		
ANESTESIA: <u>Racini</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Filipe M. M. M. M.</u>		
INSTRUMENTADORA:	DATA: <u>28/02/20</u>	INÍCIO: <u>18:45</u>	FIM: <u>19:40</u>	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	+	Scalp
	TX. Bomba de Infusão	+	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	+	Lâmina de Bisturi nº 24
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	+	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	+	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
+	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparadrappo
	Etodimide	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
+	Dimorf		Gases
+	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	+	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
+	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
+	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
+	Piasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
+	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
+	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
+	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	+	Prolene 6-0

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: MAN Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: ____/____/____

Nome: <u>Poliana Teles da Silva</u>	
Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino	Idade: <u>46</u> Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: ____/____/____	Pressão Arterial Pulso: <u>120/80 80</u> Respiração: <u>21/1</u>
Temperatura: <u>36</u> Tipo Sanguíneo: _____	Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____	Ureia: _____ Outros: _____
a. <u>ECG: VPM</u>	
Aparelho Respiratório: <u>NPN</u>	Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: <u>NPN</u>	Eletrocardiograma: <u>R</u>
Aparelho Digestivo: <u>sem alteração</u>	Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: <u>consciente</u>	Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: _____	Estado Físico: <u>ASA 2</u> Risco: <u>2</u>
Anestesia Anteriores: _____	
Medicação Pré-Anestésica: _____	Aplicada às: _____ Efeito: _____

Agente Anestésico aplicado CO2 PR. ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO, VT, JAM, TENSÃO OXIGÊNICA	02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Agente Anestésico aplicado 02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Indução Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringo Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Manutenção Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____ Despertar Reflexos na SO _____ Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Com cânula para o leito sim _____ não _____
	02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Agente Anestésico aplicado 02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Indução Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringo Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Manutenção Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____ Despertar Reflexos na SO _____ Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Com cânula para o leito sim _____ não _____
	02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Agente Anestésico aplicado 02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Indução Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringo Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Manutenção Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____ Despertar Reflexos na SO _____ Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Com cânula para o leito sim _____ não _____
	02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Agente Anestésico aplicado 02 200 240 280 320 360 400 440 480 520 560 600 640 680 720	Indução Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringo Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Manutenção Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____ Despertar Reflexos na SO _____ Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros: _____ Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: DPH

Agentes: Narcose inalatória 10.7; máscara 1.5

Técnica: periférica

Cirurgiões: Dr. S. S. S.

Anestestistas: Dr. S. S. S.

Observações: _____

PACIENTE: <u>Romildo Tavares de Araújo</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DAF - LACONTE CARREIRO  GOVERNO DA PARAIBA
QT.: <u>11</u>	LEITO: <u>01</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>4053</u>	
CIRURGIA: <u>pro. enun de fob. Fibriocintop</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Fabio Spis</u>		
ANESTESIA: <u>Raque</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Norione</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>-</u>		DATA: <u>06.03.20</u>	INÍCIO: <u>09:15</u>	FIM: <u></u>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	/	Equipo p/ soro-e-sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp - <u>2991</u>
	TX. Bomba de Infusão	<u>01</u>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	/	Lâmina de Bisturi <u>Pº 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	/	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	/	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	/	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	/	Eletrodos desc.
/	Neocain <u>PESADA</u>	/	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	/	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelecin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Mesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	/	Esparadrapo
	Etodimideate	/	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
/	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	/	Agulha Descartável
/	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
/	Cefalotina 1g - <u>29</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
/	Dixtal <u>Dexametazona</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
/	Plasil <u>ondansetron</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
/	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
/	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
/	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Vylon 2.0</u>

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente: Rosinaldo Tavares de Araújo RG: 4.453.900

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: ____/____/____

- ☒ 1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☒ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☒ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☒ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
- ☒ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☒ 6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ 7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Helio Lindino Costa Froga
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, ____ de ____ de ____

Assinatura do Médico

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 6.3.20

Nome: ROBERTO FERREIRA RIBEIRO
Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Idade: 46 Peso: 110 Altura: 1,70 Cor: W
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 120/80 Pulso: 80 Respiração: _____
Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Urina: _____
Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: Alerta Ataxia: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré-Operatório: Amigdalite Estado Físico: Bom Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Agente Anestésico	Indução	Manutenção	Despertar
Líquido	Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringo Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____	Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____	Reflexos na SO _____ Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Com cânula para o leito sim _____ não _____
Cordeiro			
Pr. Arterial, Pulso, Respiração, V2, Anestesia Geral			
Símbolos e Anotações			

Posição: Supino
Agentes: MAC 0,5 + N2O Cânula: 3,0
Técnica: Intubação Operação: Amigdalectomia
Cirurgiões: Dr. Silva Anestesistas: Dr. Silva
Observações: _____

Enfermeiro(a) do(a) Técnico(a) de Enfermagem

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL (DR. MAGUIRY CARREIRO)		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			
Nome do Paciente: <u>Rafaela Tereza Sousa</u>					Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <u>06/03/2020</u>		Enf.:		Leito:			
Cirurgião: <u>Dr. Fábio Spá</u>		1º Auxiliar: <u>Dr. Wagner</u>					
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:			
Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>		Tipo de Anestesia: <u>R.D. com sedação</u>					
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Frauma aberta da mão direita com fratura transversária</u>							
Tipo de Cirurgia: <u>Osteossíntese metálica aberta</u>							
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>SEM</u>							
Relatório imediato do Patologista: <u>Não</u>							
Exame Radiológico no ato: <u>Não</u>							
Acidente Durante a Cirurgia: <u>Não</u>							

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em deambulação com fratura
2. Admissão e anamnese
3. Exame físico
4. Exame de fratura da mão direita
5. Realizada cirurgia de osteossíntese metálica aberta da mão direita para fratura exposta (fratura da 2ª metáfala metálica)
6. Realizada a cirurgia com sucesso
7. Sutura
8. Curativo
Osteossíntese fixação externa transfixada
Ponto pré-operatório na urgência

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente em ECG, aguardando do procedimento cirúrgico; sem quizes. segue em unidade. 132216.	Paciente evolui sem quizes, segue em unidade da equipe de enfermagem. Fabiana Moreira de Araújo Enfermeira COREN/RS-1108
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente evolui em ECG, com ritmo controlado. Deambulando com auxílio de bengalinas. Segue em unidade de ECG. Indica presença de dor no momento da aplicação de HAS. S/C. Sem náuseas, vômitos, dor abdominal, Hx. Higiênica. Sem dor no momento da aplicação de analgésico. Sem alteração S/C. Segue em unidade da equipe de enfermagem. Sistema Controlado de Prontidão COREN/RS-1108	28-02-20 parte com unidade para o pré-operatório sem quizes, segue em unidade da equipe de enfermagem.
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico

Paciente: Rozirinaldo Tavoras Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: 2 Leito: 03 Data: 09.03.20 - 07.08

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANGUARY CARREIRO

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

SINAIS VITAIS															
06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax: 35.4°C	P: 120	SpO ₂ : 90		Tax: 36.0°C	P: 120	SpO ₂ : 80		Tax: 36.0°C	P: 120	SpO ₂ : 70		Tax: 35.9°C	P: 120	SpO ₂ : 80	
R: 100				R: 120				R: 120				R: 120			
PA: 100				PA: 120 x 80				PA: 110 x 70				PA: 120 x 70			
HGT: 90				HGT: 115				HGT: 115				HGT: 118			
Diurese: 0				Diurese: 0				Diurese: 0				Diurese: 0			

Dr. Rozirinaldo Tavoras Médico
CRM: 1519 - GO

Dr. Rozirinaldo Tavoras Médico
CRM: 1519 - GO

Dr. Rozirinaldo Tavoras Médico
CRM: 1519 - GO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Resinaldo Faverio

Setor/Enfermaria: 41

DATA: 21/01/20 - 03 h

Diagnóstico: _____

Leito: 03 Data da Adm: 1

Secretaria de Saúde do Est.
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduary Carni
Patos - Para



HORÁRIOS

1.	DIETA ORAL	PLOM	INTERCORRÊNCIAS DAS 24H
2.	SF 0.9% 1000ML EV		
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV		
4.	TILATIL 10MG 10/10 HS EV		
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS		
6.	CAPTAPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG		
7.	LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS		
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS		
9.	NAUSEDRCN 8/8 HS EV (S/N)		
10.	CEFAZOLINA 1 G + AD 8/8 HS		
11.	CURATIVO		
12.	SSV+CCGG		
13.	Gentamicina 240 + ST 0.9% 200 @ 1X/DIA		
14.	ALBT. 6/6h q probado imblino.		
15.	Medicad com familiar.		
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS

06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: °C	Tax: °C	Tax: °C	Tax: °C
R: irpm	R: irpm	R: irpm	R: irpm
SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %
PA: mmHg	PA: mmHg	PA: mmHg	PA: mmHg
HGT: mg/Dl	HGT: mg/Dl	HGT: mg/Dl	HGT: mg/Dl
Diureca: ml	Diureca: ml	Diureca: ml	Diureca: ml

Dr. Diego C. (assinatura)
O. 01/01/2020

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO MÓRBEGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m
NASCIMENTO	AMPARO	COR	PARDO
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	BAIRRO	MONTE CASTELO
ENDEREÇO	PATOS	CEP	58704000
CIDADE	(83)9969-1120	CELULAR	83996911207
TELEFONE	700404916244142	REG. NASC.	
CNS	R.G. 4.153.900	CPF	
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLEA
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	J. Luba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Acidente de trânsito			
Acidente de trânsito			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)			
Solicitação de parecer			
Solicitação de parecer			
DIAGNÓSTICO			
Procedimento (descrição)			
Materiais, medicamentos e outros			
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO			
MÉDICO/CRM/CNS			
CBO			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 28/02/2020 **Hora:** 17h **Idade:** 28 **Sexo:** He **Idade em anos:** 46 anos

Nome/Nome Social: Rosinaldo Tavares de Araújo

Origem: Via Pública **Regulado?** ☐ Sim ☒ Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas: 007 **Encaminhado?** ☐ Sim ☒ Não

Motivo do atendimento: 007

Cliente: Patar

Transporte: AMU

Alergia? ☒ Não ☐ Sim

Uso de medicação? ☐ Não ☒ Sim

Doença prévia? ☐ Não ☒ Sim **Cardio patol**

Temp: °C **Pulso:** bpm **Resp:** irpm **SpO₂:** % **PA:** mmHg **HGT:** mg/dl

Dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa	Dor insuportável					

Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☒ Laranja

Especialidade Médica: Cirurgião

Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) ☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preenchimento

Enfermeiro(a) Carimbo

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1- | 2- | 3- |

MÉDICO/CRM _____

[illegible]

DATA	HORA	
		# 0120 28/02/20 18:20
		At: Festas Export Tinas Niterói (6)
		Co: Examinar M 3000 crime
		João H. Sussuma Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 7417

100

Da Clínica 01600 Enfermaria 11
A Clínica univ. Coos Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deu a opinião e numerar os principais sintomas da enfermidade)

Vitória Calisto Mota 16 ± 02 anos
Prontas dor + distensão de abdome inferior
(5)

Data 01.03.20

João B. Sousa Loureiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Cirurgia fecal

Paciente Ulcer de adeno de muito recente
do fôx (Hemiorr. Esquerda) por a infecção
Rt. BEG, AAA, varicela, onufado, ELG 15

10. NUTRIÇÃO

CD: Soluto Radiografia de fôx P.R.
prof. Prontas após exame

15 17:30 R. 701K 50M ENFERMEIRO
2. fôx de Prontas de Lax
Prontas após exame
Data 01.03.20 1.1

Exame físico 1042
Período 1042

DIAGNÓSTICO:

CID-10: F63.013 *dist. hno* (6)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

fixação externa + Poeschl



Hospital Regional de Patos - RX

000000590402

50 %

EL s 2890 000000590402

50 %

EL s 563

Tibia/Fibula E, Lateral

28/Fev/2020 17:54:37 Tibia/Fibula E, AP

28/Fev/2020 17:55:38

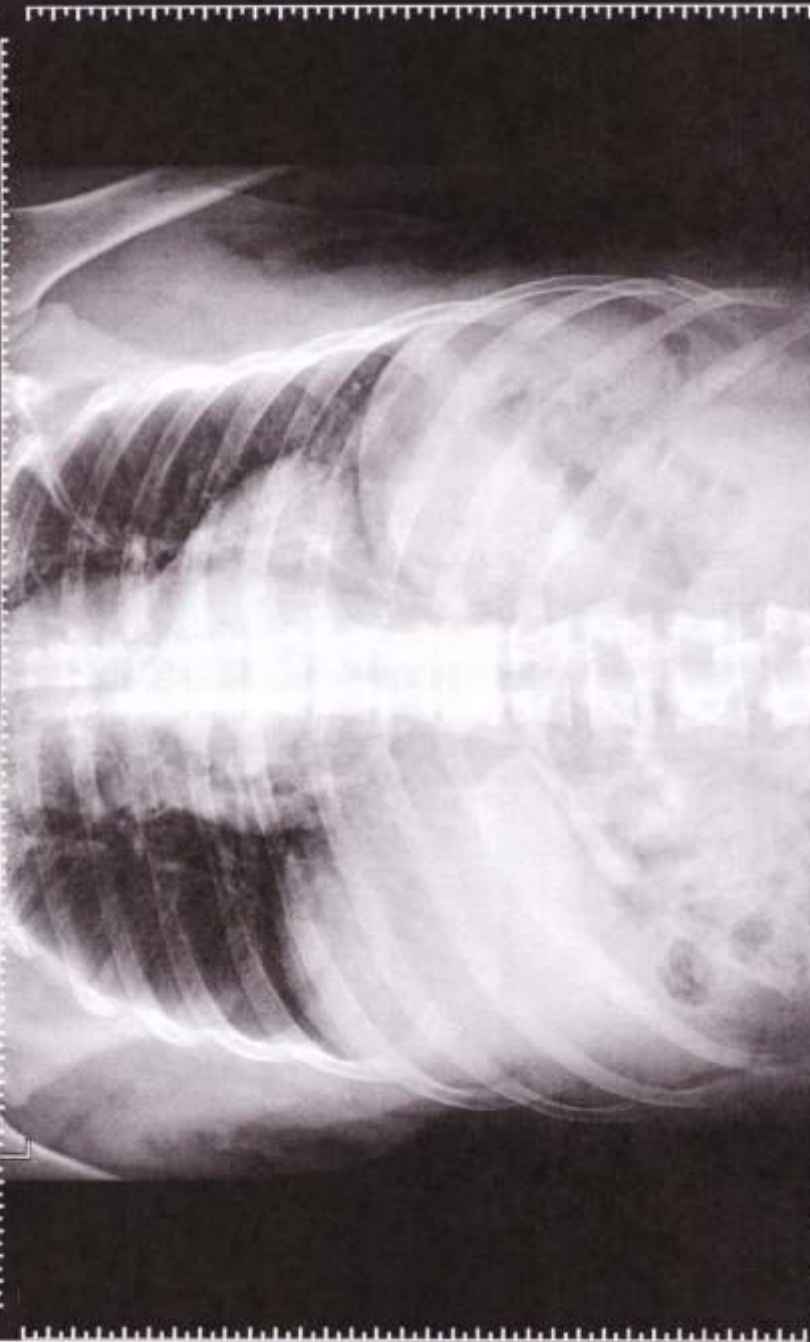
000000038751

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, '23/Nov/1973

Hospital Regional de Patos - RX
000000691538

El_355

54 %

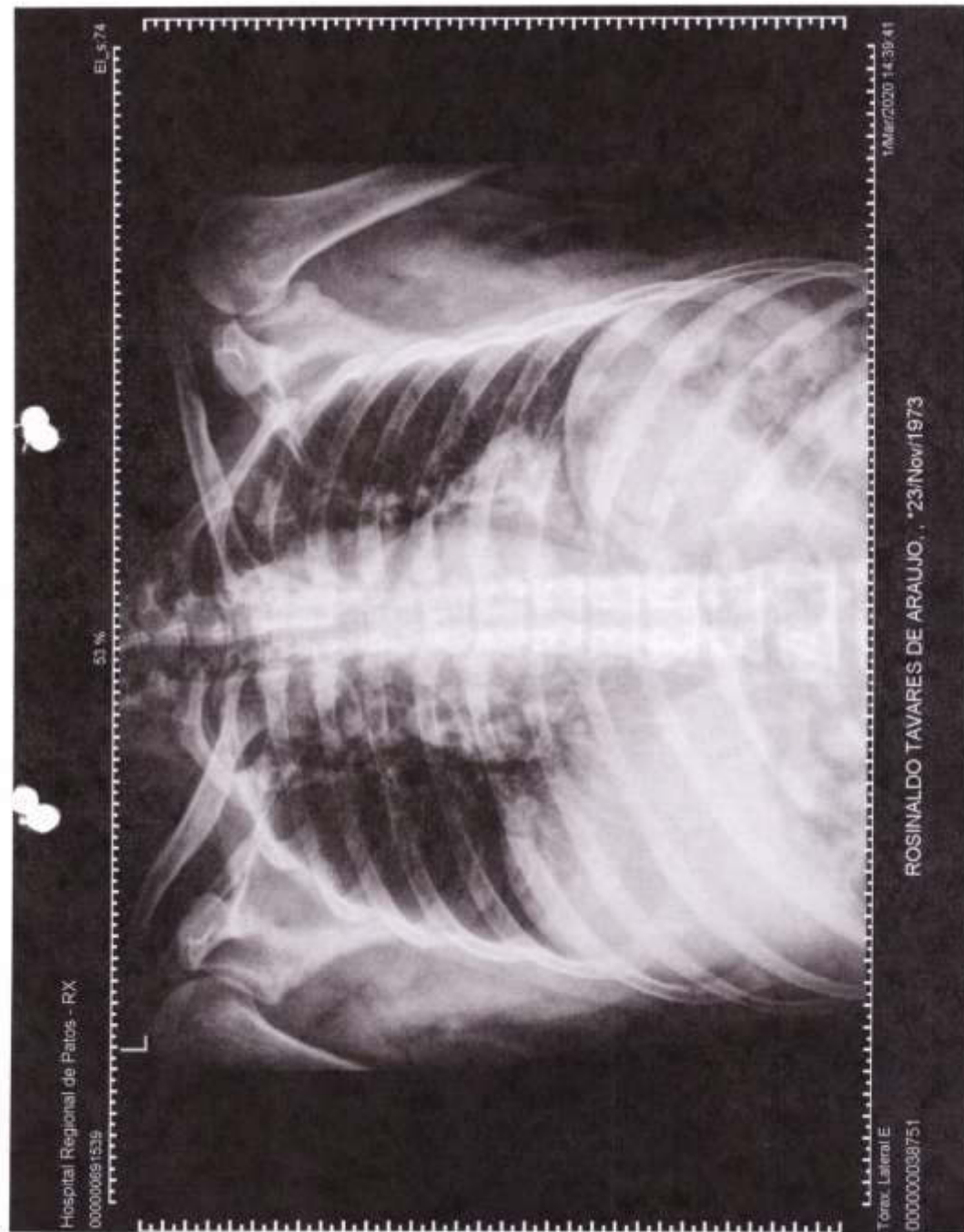


Tórex AP

000000038751

1/Mar/2020 14:40:10

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973



Hospital Regional de Patos - RX

000000691539

53 %

EL_s74

L

Torax Lateral E

000000038751

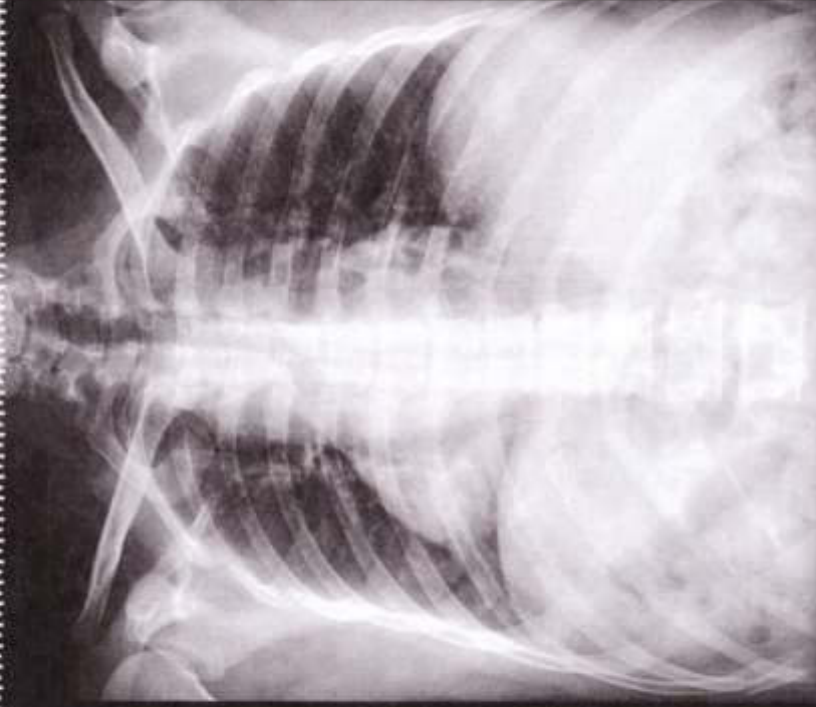
ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, . *23/Nov/1973

1/Mar/2020 14:39:41

Hospital Regional do Patois - RX
000000591538

46 %

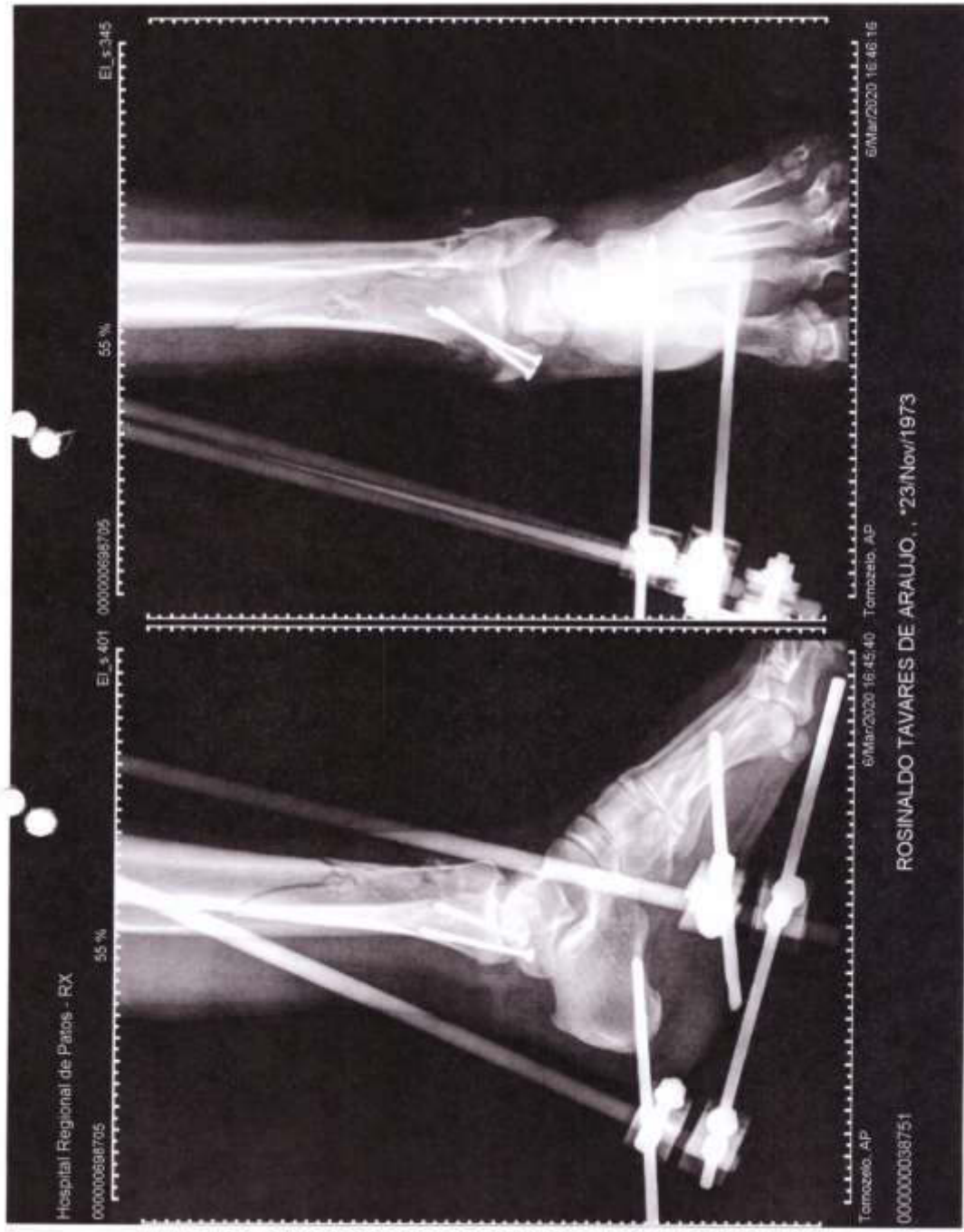
El_579



Torax, P/A
000000038751

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973

1/Mar/2020 14:39:00



Hospital Regional de Patos - RX

000000698705

55 %

EL_s_401 000000698705

65 %

EL_s_345

Tomozelo, AP

000000038751

6/Mar/2020 16:45:40

Tomozelo, AP

6/Mar/2020 16:46:16

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973

Hospital Regional de Patos - RX

000000690631

64 %

El_s:516 000000690631

64 %

El_s:452



Tibia/Fibula E, Lateral

29/Fev/2020 10:39:16

Tibia/Fibula E, AP

29/Fev/2020 10:40:05

000000038751

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973

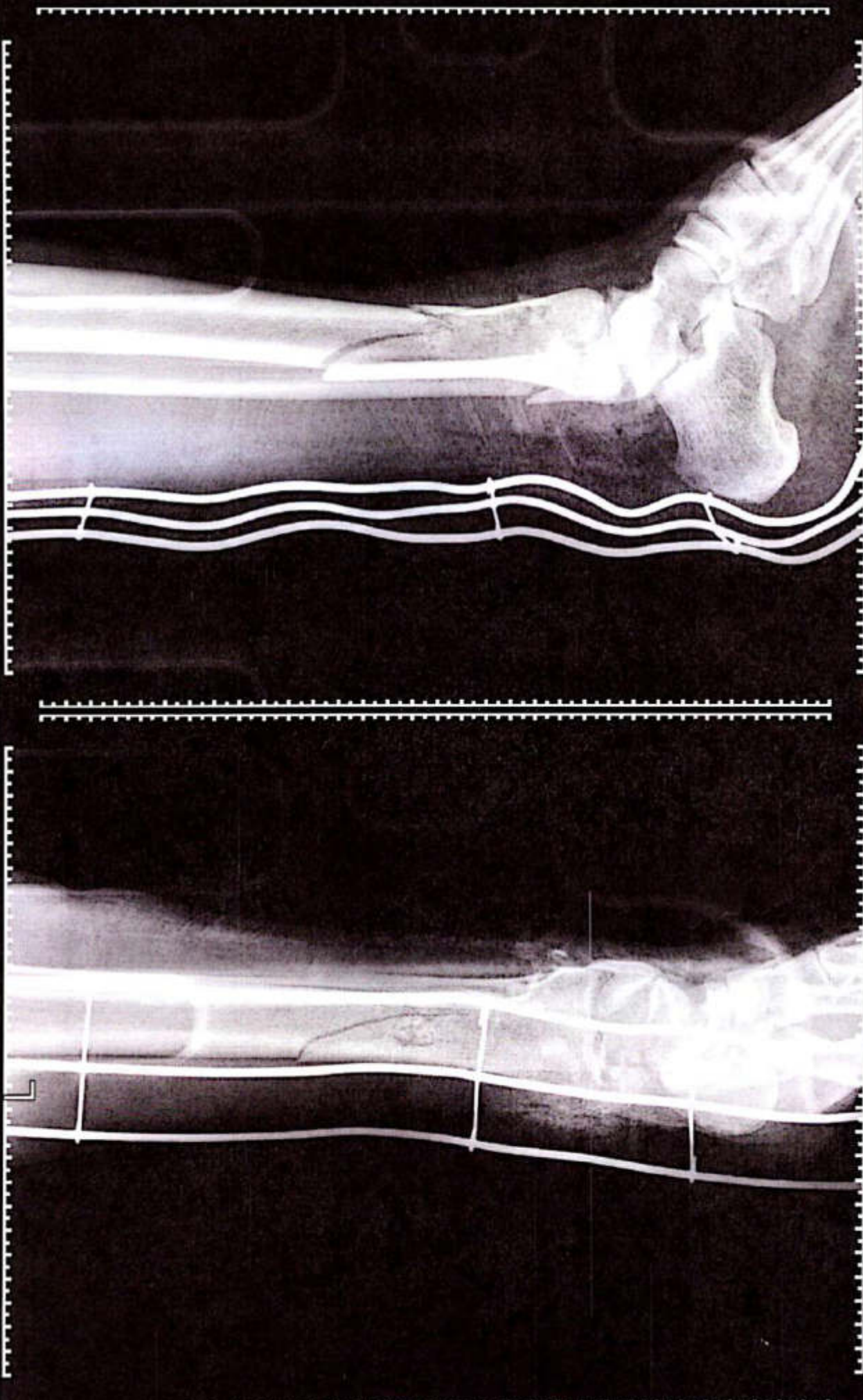
000000690402

50 %

EI_s:2890 000000690402

50 %

EI_s:583



Tibia/Fibula E, Lateral

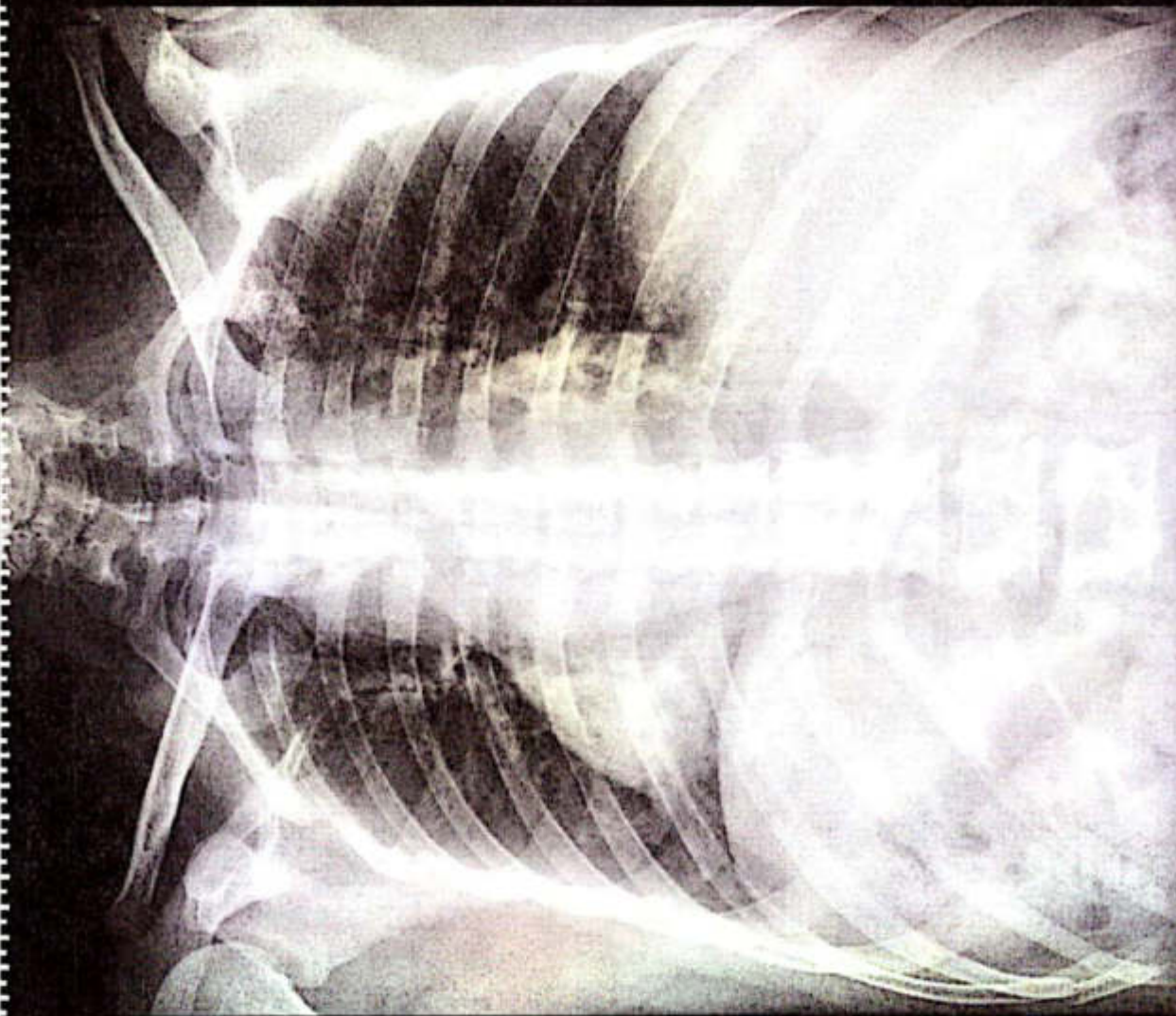
28/Fev/2020 17:54:37 Tibia/Fibula E, AP

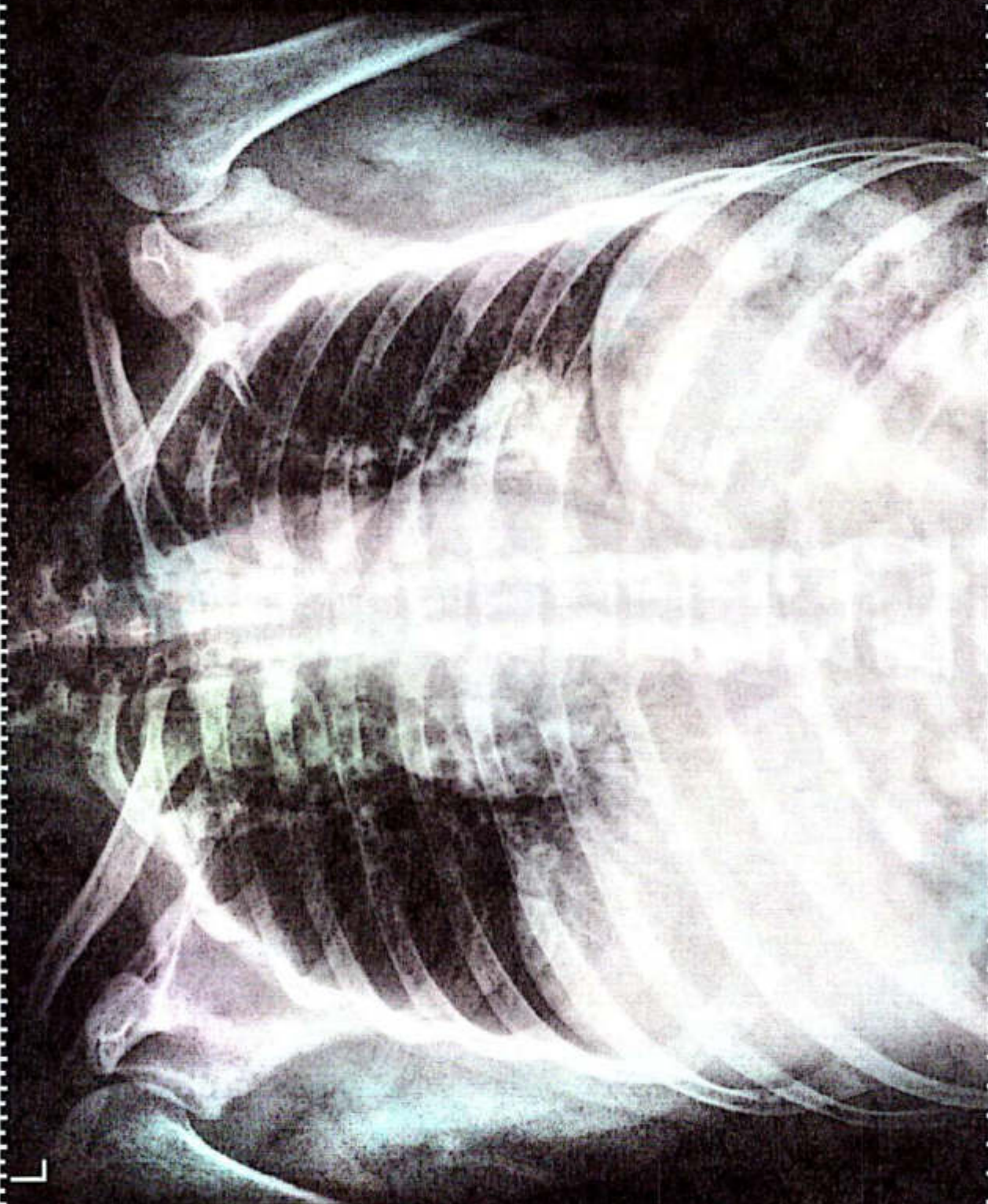
28/Fev/2020 17:55:38

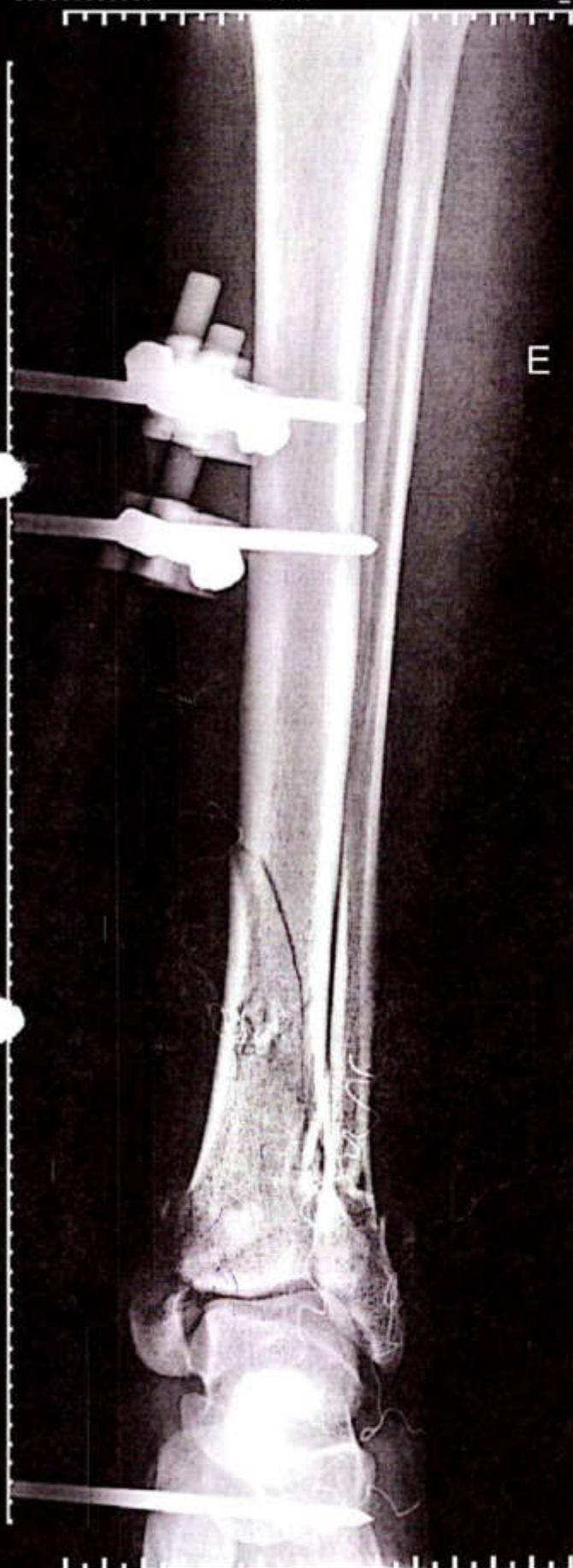
000000038751

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO,, *23/Nov/1973







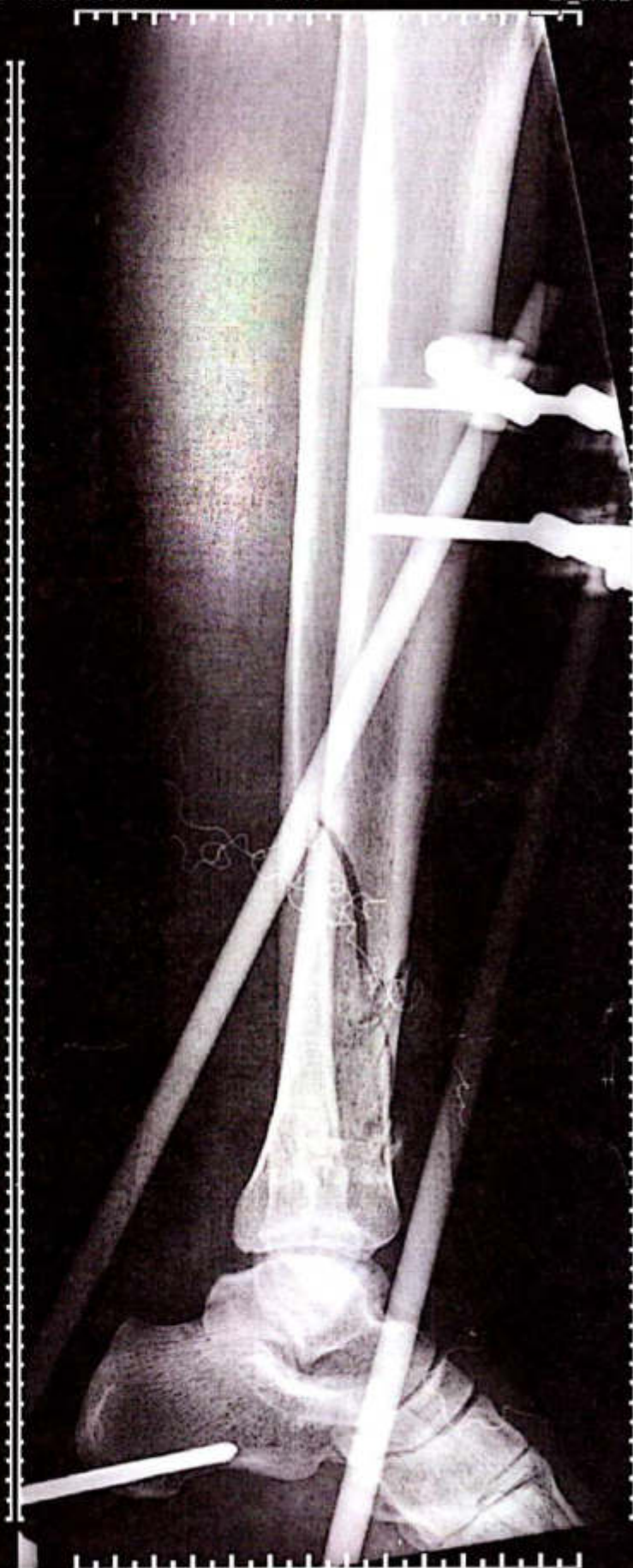


E

Tibia/Fibula E, Lateral

29/Fev/2020 10:39:16

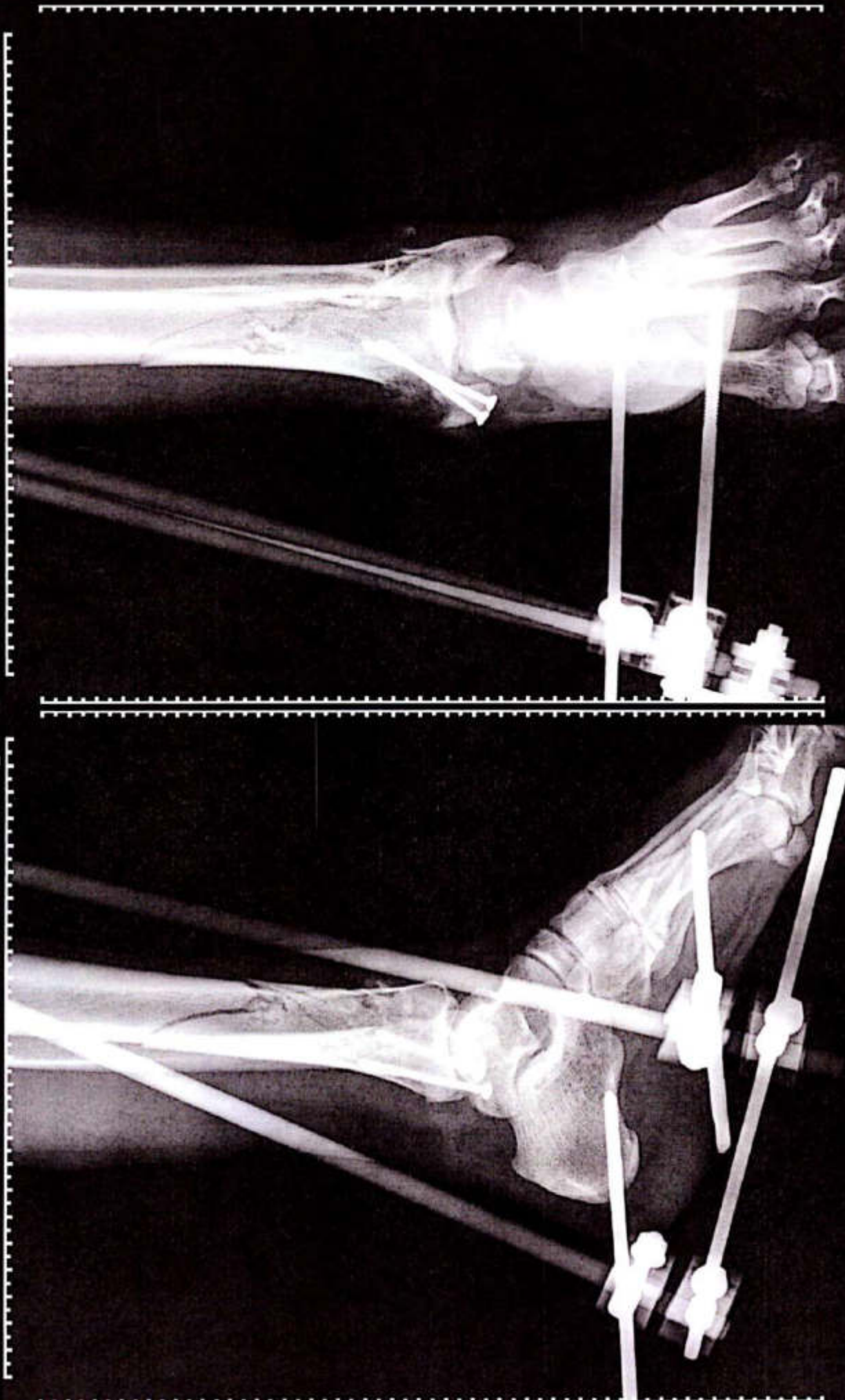
000000038751



Tibia/Fibula E, AP

29/Fev/2020 10:40:05

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973



Data 98 / 02 2020 Hora 17 h 28
 Nome/Social Rafael Tavares de Araujo
 Genero He 46 anos
 Origem* Via Publica

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas 007
 Encaminhado? () Sim () Não
 Regulado? () Sim () Não

Motivo do atendimento* Pain
 Cliente Sam U
 Transporte Não () Sim () Não
 Alergia? () Sim () Não
 Uso de medicação? () Não () Sim
 Doença prévia? () Não () Sim
Cardio patol

Temp. °C Pulso bpm Resp. irpm SpO₂ % PA mmHg HGT mg/DL
 Dor: 0 Sem dor 1 2 Dor leve 3 4 Dor moderada 5 6 Dor severa 7 8 Dor muito severa 9 10 Dor insuportável

Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo () Verde () Azul () Laranja

Urgência

Acompanhante: () S/ Acompanh. (Setor Crítico) () S/ Acompanh. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) () Acompanh. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acompanh. p/ paciente com cond. clínica limitadora

João H. Sussana Laureano
Ortopedia e Traumatologia

Co: Exame P 8 e 11

H: Fratura exposta fêmur distal (C)

010110 28/02/20 18:20

PARECERES

DATA

HORA

PESO=	PA=	X	mmHg	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)				
Arterial foot				
New Tan S				
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)				
Solicitação de parecer				
H min				
DIAGNÓSTICO				
See 1x de novo				
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)				
Outofdia				
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS				
CID				

Diagnóstico Pós-Operatório:

O/Perce

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

Recebido no Centro Cirúrgico Reservatório Reservatório de Idade Sala de Anest

Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Calmo () Agitado () Outro

Antecedentes Pessoais:

() Diabetes () Hipertensão () Doença Mental () A.V.E. () Etilista

() Tabagista () Convulsão () Doença Pulmonar () Doença Renal (X) Doença Cardíaca

Alergia Ureia

Tempo de jejum

ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 28/02/20 Hora 18 h 45 Cirurgia Realizada MD em deficit exposto da

Anestesia Dr. Helton Cirurgião Dr. João

Tipo de anestesia Racina

Auxiliar () Antibiótico

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Glicemia mg/dl RX: (X) Sim () Não Hb g/dl Ht %

Exames alterados: () Sim () Não Especificar

Cirurgias anteriores: () Sim () Não Especificar

Anestésias anteriores: () Sim () Não Especificar

Tricotomia: () Sim () Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR

Pa 120/80 mmHg P 81 bat/min R 98% ^{SpO2} irpm/min T 36 °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? () SIM () NÃO

Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES

(X) S. Fisiológico 1000 ml () S. Glicosado ml () R. Lactato ml () Manitol ml () C. Hemácias ml () Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO

() Anatomia Patológica () Laboratório () Radiologia () Banco de Sangue () ECG

() Outros

Início da Cirurgia 18:45 Final da Cirurgia

DESTINO

() URPA (X) Clínica Cirúrgica () UTI () Maternidade () Alta () Óbito () Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PACIENTE: <u>Reynaldo Tavares de Vasconcelos</u>		DT.: <u>28/07/20</u>	LEITO: <u>505</u>	CONVÊNIO: <u>416</u>	REGISTRO: <u>2253</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo Siqueira</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo Siqueira</u>			
ANESTESIA: <u>Dr. Paulo Siqueira</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Paulo Siqueira</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Dr. Paulo Siqueira</u>		INÍCIO: <u>18:45</u>			
DATA: <u>28/07/20</u>		FIM: <u>19:40</u>			

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ <u>soro e sangue</u>
	TX. Capnógrafo		Scalp <u>8.9%</u>
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>no 24</u>
	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain <u>apreciada</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	2	Esparrapado
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	2	Alcool 70%
	Publirona 0.5%		

Nome: paciente jovem de 20 anos

Sexo: () Feminino (x) Masculino Idade: 20 anos

Peso: 60 kg Altura: 1,70 m Cor: branca

Data Nascimento: 10/10/80 Temperatura: 36,5

Hematócrito: 36 Glicemia: 80 Ureia: 10 Outros: —

Aparelho Respiratório: sem Asma: — Bronquite: —

Aparelho Circulatório: sem Eletrocardiograma: —

Aparelho Digestivo: sem Dentes: — Pecoço: —

Estado Mental: sem Corticoides: — Alergia: — Hipotensores: —

Diagnóstico Pré Operatório: sem Estado Físico: ASA 2 Risco: 2

Anestesia Anteriores: —

Medicação Pré-Anestésica: — Aplicada às: — Efeito: —

INDUÇÃO

Satisf. — Excit. — Tosse —

Laringo Espasmo — Lenta —

Náuseas — Vômitos —

Outros —

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim — Não —

Não, porque? —

DESPERTAR

Reflexos na 50 — CO2 — Excit. —

Náuseas — Vômitos —

Outros —

Com cânula — não —

para o leito sim — não —

Posição —

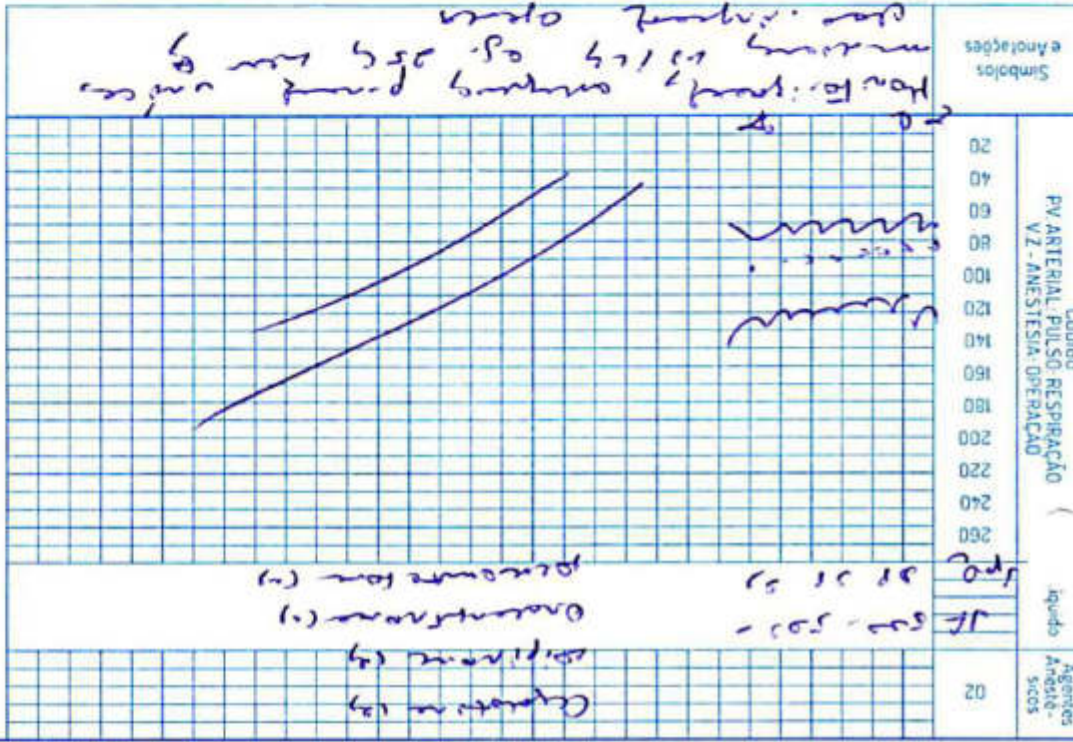
Agentes: —

Técnica —

Cirurgiões: —

Anestestistas: —

Observações: —



	Pavulon	
	Dorminid	
	Fetanil 0,05 mg	
	Xilestesin a 5%	
	Inoval	
	Xilocaina a 2%	
	Etodimide	
	Ketalar	
	Pubicovina 0,5%	
	Dimorf	/
	Lanexat 0,5 ml	
	Narcan	
	Forane	
	Sufenta	
	Diazepan	
	Agua destilada 10 ml	
	Prostigmine	
	Atropina	
	Adrenalina	
	Efortil	

situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações graves, inclusive risco de morte.

4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e as fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Assinatura do Paciente ou Responsável

Albio Antônio Costa Fogaça

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e

Nome: ROBERTO GONCALVES Idade: 46 Sexo: () Feminino (X) Masculino

Peso: 78 kg Altura: 1,70 m Cor: br

Data Nascimento: 11/06/46

Temperatura: 36,5 Hematócrito: 45 Urina: +

Aparelho Respiratório: + Asma: - Bronquite: -

Aparelho Circulatório: + Eletrocardiograma: -

Aparelho Digestivo: + Dentes: + Pecoço: - Ap. Urinário: -

Estado Mental: + Ataxias: - Corticoides: - Alergia: - Hipotensores: -

Diagnóstico Pré Operatório: + Estado Físico: + Risco: -

Anestesia Anteriores: -

Medicação Pré-Anestésica: - Aplicada às: - Efeito: -

Agente Anestésico	Líquido	Simbolas e Anotações
02	40	PV ARTERIAL - PULSO RESPIRAC VZ - ANESTESIA OPERACAO 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260

INDUÇÃO

Satisf. + Excit. + Tosse -

Laringo Espasmo - Lenta -

Náuseas - Vômitos -

Outros -

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim - Não -

Não, porque? -

DESPERTAR

Reflexos na 50 - CO2 - Excit. -

Náuseas - Vômitos -

Outros -

Com cânula - para o leito sim - não -

Posição: deitado

Agentes: propofol + N2O

Técnica: propofol

Cirurgiões: Dr. G. S. S.

Operação: hct - c

Cânula: 20

Anestesistas: Dr. G. S. S.

Observações: -

ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 06 / 03 / 20 Hora 09 h 15 Cirurgia Realizada 1^o e 2^o em. Frot. técnica distal e Anestesia Dr. Alexandre Cirurgião Dr. Fábio Tipo de anestesia Raqui

Antibiótico Auxiliar

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Glicemia mg/dl RX: () Sim () Não Hb g/dl Ht %

Exames alterados: () Sim () Não Especificar

Cirurgias anteriores: () Sim () Não Especificar

Anestésias anteriores: () Sim () Não Especificar

Tricotomia: () Sim () Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR

Pa 130 x 90 mmHg P 85 bat/min R 50 x 20 0% irpm/min T °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? () SIM () NÃO

INFUSÃO/SOLUÇÕES

S. Fisiológico 500 ml

() S. Glicosado ml () C. Hemácias ml () R. Lactato ml () Manitol ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO

() Anatomia Patológica () Laboratório () Radiologia () Banco de Sangue () ECG

Início da Cirurgia 09:15

Final da Cirurgia

DESTINO

() URPA () Clínica Cirúrgica () UTI () Maternidade () Alta () Óbito () Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Paciente em decúbito dorsal, não cirúrgico
2. Assintomático e anestesiado
3. Curva normal, sem alterações
4. Não há acesso ao material por via
5. Deformação da coluna e osteofitose mediana com dois
6. Processos espinhosos (oss.) com ossos de 15 graus
7. Surtos
8. Curva
9. OSTEOMYELITIS
10. OSTEOMYELITIS

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

7022215 650 4085
Diagnóstico Pós-Operatório:
Relatório Imediato do Patologista:
Exame Radiológico no ato:
Acidente Durante a Cirurgia:
Não
Não
Não
Não

<i>paciente evoluí em EGA.</i> <i>corrente, onufada, Deam-</i> <i>culo com Auxílio de</i> <i>umático 50g/hg, tanto</i> <i>afecção de 55V, fadiga,</i> <i>diuréticos no momento</i> <i>na 1a DM e HAS SJC.</i> <i>sono e melhora fúria.</i> <i>do. Hidrocortol. Higieniza-</i> <i>do. Sem dor no momento</i> <i>Gufrico, normalme,</i> <i>em oligúria SJC.</i>	<i>28-02-20 para com o controle</i> <i>por onufada sem gases e</i> <i>no de evolução da sepse.</i>
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO Assinatura e carimbo de Enfermeiro	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO Assinatura e carimbo do Enfermeiro <i>Fabio Martins de Araújo</i> <i>COFEN 11.338</i>

Jordane
COREN 1322336

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Paciente segue sem alterações
segue as curas

Rayssa de Fátima Miranda
COREN-PB 539621

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

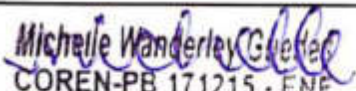
Paciente em tratamento.

Ana Renata S. Rodrigues
Enfermeira
COREN/PB - 539621

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Paciente em tratamento.


 Michelle Wanderley G. de F. A.
 COREN-PB 171215 - ENF
 Assinatura e carimbo de Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

Paciente evoluiu em EGR.
 Paciente orientado. Pro-
 comocão por cadeiras
 de rodas. Tem curativos
 Surtico na fixação -
 externo. e curativo na
 eliminação fisiológicas
 aumentadas. Se a seguir o dia


 Sheyla Rosendo Gomes
 ENF. 197616-1
 CRE 197616-1

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Paciente evoluiu em
 EGR. refere dor
 nos tornozelos, recebe
 do os medicamentos
 epy e SSIV
 HGT 158 mg/dl

[illegible]

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Rhamony Mychelle Medeiros Nunes
Enfermeira
COREN-PB 347941

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

Paciente evolui em ECG
paciente orientada sem

[Signature]

Ana Renata S. Rodrigues
Enfermeira
COREN/PB - 539621

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

sem quilas.

Josefa Adriana V. da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Rosimoloto Forero Diagnóstico: _____
Setor/Enfermaria: 41 Leito: 03 Data da Adm: 1 / 1 / 1
DATA: 2 / 3 / 20 - : : h

HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIAS DAS 24H	
1. DIETA ORAL	<u>PIOM</u>		
2. SF 0,9% 1000ML EV			
3. DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV			
4. TILATIL 10MG 10/10 HS EV	<u>12/18</u>		<u>72k REG, expnício</u>
5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS	<u>12/18</u>		
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA > 170/100MMHG	<u>12/18</u>		<u>Agenda avaliada</u>
7. LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS	<u>12/18</u>		<u>cardiologista</u>
8. CEFALOTINA 1G + AD EM 06/06 HS	<u>12/18</u>		<u>Agenda e 10mm</u>
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)	<u>12/18</u>		<u>20-cl</u>
10. CEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS	<u>12/18</u>		
11. CURATIVO	<u>12/18</u>		
12. SSV+CCGG	<u>12/18</u>		
13. Gentamicina 240g + SF 0,9% 200ml @ 1x1dia	<u>12/18</u>		
14. 4kgT. 6/6h q Probacolo imobiliz.	<u>12/18</u>		
15. Medicado com familiar.	<u>12/18</u>		
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS			
06:00 h		12:00 h	
Tax: <u>55</u> °C	P: <u>55</u> bpm	Tax: <u>36,2</u> °C	P: <u>55</u> bpm
R: <u>18</u> irpm	SpO ₂ : <u>98</u> %	R: <u>18</u> irpm	SpO ₂ : <u>98</u> %
PA: <u>100</u> mmHg	mg/DI: <u>100</u> mg/DI	PA: <u>100</u> mmHg	mg/DI: <u>100</u> mg/DI
HGT: <u>121</u> mg/DI	Diurese: <u>121</u> ml	HGT: <u>122</u> mg/DI	Diurese: <u>122</u> ml

Dr. Diego S. Salgado
Otorrinolaringologista
CRM 10027 TEOT 16140

Dr. Diego S. Salgado
Otorrinolaringologista
CRM 10027 TEOT 16140

DATA: 01/03/20 - 7:00 h

HORÁRIOS

		INTERCORRÊNCIAS DAS 24H			
1.	DIETA ORAL <u>p/dm</u>	<u>ciente!</u>			
2.	SF 0,9% 1000ML EV				
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV	<u>12</u> <u>24</u> <u>06</u>	<u>24</u> <u>06</u>	<u>06</u>	<u>Port R66 5 Quator Linhas</u>
4.	TILATIL 20MG 12/12 HS EV	<u>12</u> <u>24</u>	<u>24</u>	<u>06</u>	<u>Co: UPA</u>
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS	<u>14</u> <u>22</u> <u>06</u>	<u>24</u> <u>06</u>		<u>Quator Linhas</u>
6.	CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG				
7.	LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS	<u>12</u> <u>24</u>	<u>24</u> <u>06</u>		
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS	<u>12</u> <u>24</u>	<u>24</u> <u>06</u>		
9.	NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)	<u>14</u> <u>22</u> <u>06</u>	<u>24</u> <u>06</u>		
10.	GEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS <u>Gentamicina 800</u>	<u>ciente!</u>			
11.	CURATIVO	<u>ciente!</u>			
12.	SSW+CCGG	<u>ciente!</u>			
13.	<u>Ver Médicos Danicilia</u>				
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

João H. Sussana Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	mg/Dl	PA:	x	mmHg	mg/Dl	PA:	x	mmHg	mg/Dl	PA:	x	mmHg	mg/Dl
HGT:		ml		HGT:		ml		HGT:		ml		HGT:		ml	
Diurese:				Diurese:				Diurese:				Diurese:			

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Secretaria de Saúde do Estado,
Complexo Hospitalar Regional Dep. Jandúhy Carneiro
Patos - Paraíba

Paciente: Rosângela Távies

Diagnóstico: _____

Setor/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data da Adm: _____

DATA: 29/02/20 - 7:00h

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

	06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
1. DIETA ORAL				
2. SF 0,9% 1000ML EV				
3. DAPIRONA 2ML 6/6 HS EV				
4. TILATIL 20MG 12/12 HS EV				
5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS				
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG				
7. LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS				
8. CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS				
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)				
10. GEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS <u>Centopiano 80mg</u>				
11. CURATIVO				
12. SSW+CCGG				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

SINAIS VITAIS

	06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: °C				
irpm				
SpO2: %				
PA: mmHg				
HGT: mg/Dl				
Diurese: ml				

Silvina Gomes de França
COREN: PB 1.200.22-1E

Silvina Gomes de França
COREN: PB 1.200.22-1E

Marcelo Queiroz de Silva
FARMACIA
FARM 150.232

[illegible]

Da Clínica Ortop Enfermaria 11
A Clínica curar com Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)
Vitima Colisão Moto x moto 16 ± 02 hrs
APRINTA DO T. DIFUSAS DE PERNA HEMORR.
(E)

Data 01/03/20

João H. S. S. Loureiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 7417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER: Cirurgia Genol.

Paciente Vitima de acidente de moto referindo
do tórax (Hemitorax Esquerdo) pós a inspeção.
EH: BEG, AAA, comente, oventodo, ECG 15.

SP. NUTRIMET
CO: Solicito Radiografia de Tórax P.A. e
perfil, Reavalio após exame.

15 17:30 RX GORIX SEM
de tórax e abdome no tórax
2 TUBOS TRONCO COSTAS
EUGENIAS
Data 01/03/20
Bruno N. Farias
CRM-PA 10542

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Frest 513 nstol hns (6)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

fixos ex terno + Poerfer

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

Rosirna L. de Jesus

portador(a) da Identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de

hoje, às 18 h 19, portador(a) da patologia CID-10

S823

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades

laborativas por um período de (150) dias, a

partir desta data.

Patos 28/02/20

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 7417

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo o(a) Dr.(a) _____

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

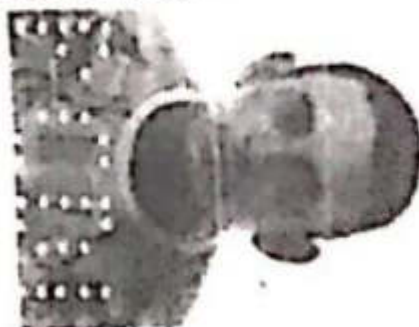
Rua Hecílio Nóbrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2741

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239



Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.153.900

DATA DE
Emissão 21/03/2013

DE ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

FILIAÇÃO JOSÉ TAVARES DE FRANÇA
MARIA JOSÉ DE ARAUJO

NATURALIDADE

CACIMBA DE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/11/1973

DOC ORIGEM

NASC.N.932 FLS.233V LIV.A-01
CARTÓRIO C.DE AREIA-PB

CNPJ

105.891.404-93

2020 Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29-05-93

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

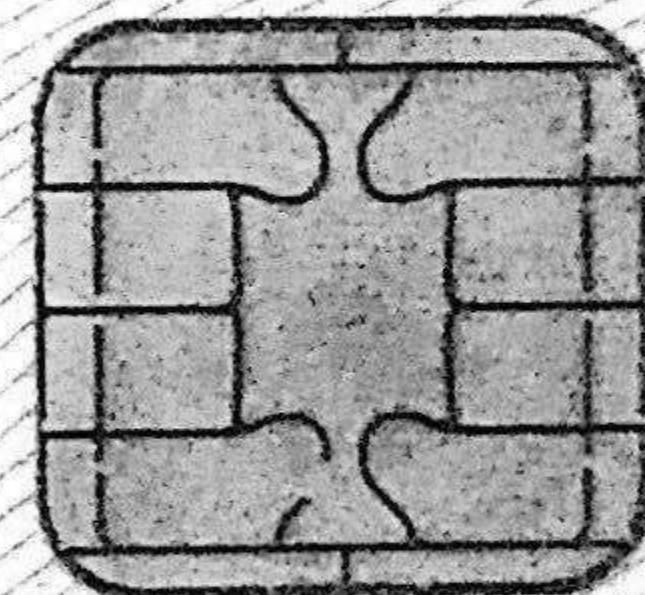
12185229

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.906/94)



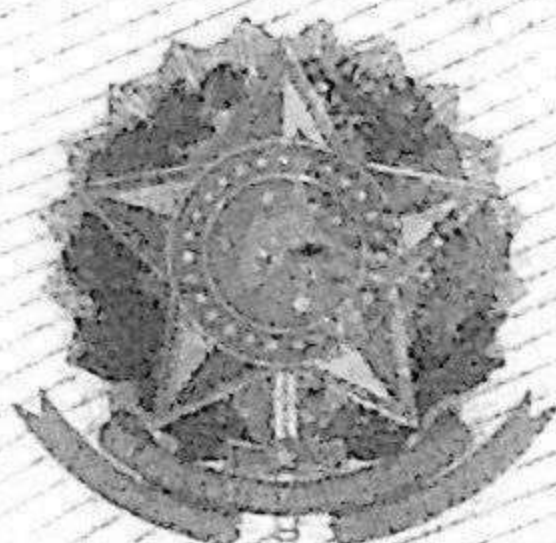
ASSINATURA DO PORTADOR

Yane Pereira Gomes



OBSERVAÇÕES





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

YURE PEREIRA GOMES

FILIAÇÃO

ARLINDO JOSE GOMES TEMOTEO
MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES

NATURALIDADE

PATOS-PB

RG

3260218 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1987

CPF

086.417.024-66

VIA

EXPEDIDO EM

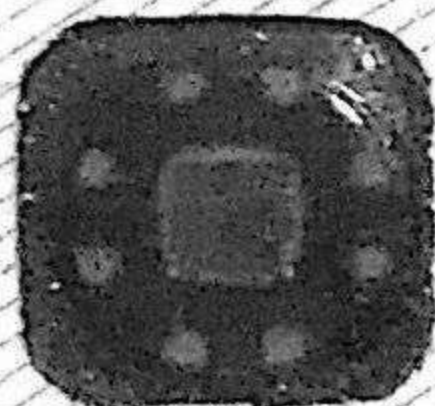
01 12/11/2014

Vital Bezerra Lopes

VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

20152



Scanned with
CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014630639558
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT - 20190400005469-7

1 0049893243-5 00/00000000 2019

RAFAEL ELIZEU DA SILVA

13074551402 OFH3444/PB

NOVO PR 9C2KD0550CR603616

HONDA/NXR150 BROS ES 2012 2012

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

SEGURO PAGO 21/03/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PONTE DEPARTAMENTO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

PATOS-PB 01/04/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS A TERCEIROS
AUTOMÓVEIS DE INTERESSE DE TRANSPORTE PÚBLICO
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014630639558 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2019 01/04/2019

13074551402 OFH3444/PB

00498932435 HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9 9C2KD0550CR603616

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

21/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

42251-15 (5239-20190401)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-239



Lúbia Cristina Costa Fraga.

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.985.077 -2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/10/2011

NOME LUBIA CRISTINA COSTA FRAGA

FILIAÇÃO LAILTON ALVES FRAGA

FRANCISCA PERGENTINO DA COSTA

NATURALIDADE

PATOS-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/06/1986

DOC ORIGEM

NASC.N.29282 FLS.291V LIV.A-25

CARTORIO PATOS-PB

CPF

013.733.724-86

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

TAXA DE IMPOSTO SOBRE O CONSUMO

DISTRIBUIÇÃO TOTAL

MATEMÁTICA

29016436

REFERENCIAL

1000/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA APARECIDA B DE LIMA 7
RUA FRANCISCO PAULO LICAREAO, S/N MONTE CASTELO
PATOS PB 58707-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
075.010.230.0022.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
		1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y15NS21424	06/01/2016	EXTERNO	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | TEMPO DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

838 857 19 32 16/04/2020

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS

FEV/2020	20	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2020	27	TURBIDEZ	0	0	0
DEZ/2019	17	CO2	0	0	0
NOV/2019	26	CO2 TERRESTRE	0	0	0
OUT/2019	20	COR	0	0	0
SET/2019	16	CO2 TOTALIS	0	0	0
MEDIA(M)	21	DADO REFERENTES A: JAN/2020			

DATA DA IMPRESSÃO: 17/03/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	9 M3	44,01
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	9 M3	35,19
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 11/2019		4,65
JUROS DE HORA 11/2019		5,40
FATURAS EM ATRASO		
REF 202001 247,25		
REF 202002 162,97		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 85,64 PIS E COFINS: LEE 82 741/82

VENCIMENTO:

29/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 157,49

ESTADO DE PARAGUAY
 SECRETARIA DE SEGURANCIA PUBLICA
 MINISTERIO DE POLICIA CONTINUA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACION

012-93



João Evangelista dos Santos Soares

7.161.956 - JAVIA

JOÃO EVANGELISTA DOS SANTOS SOARES

Geraldo Soares dos Santos
 Maria Lucia dos Santos Soares

Pátes-FH 26.11.1974

Cert.Nasc.13544.Fis.74.Civ.13-A.

Cert.Pátes-FH
 02892612405

MINISTERIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
 028.926.324-18

Nome
 JOAO EVANGELISTA DOS SANTOS SOARES

Nascimento
 26/11/1974

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

V-02
P-239



Terezinha Vicente Ferreira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.812.209 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/12/2013

NOME TEREZINHA VICENTE FERREIRA

FILIAÇÃO LUZIA VICENTE FERREIRA

NATURALIDADE PATOS-PB DATA DE NASCIMENTO 13/04/1967

DOC ORIGEM CAS. C/ AVERB N.1.753 F.51-V L.B-29
CARTÓRIO PATOS-PB.

CPF 930.387.394-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TEREZINHA VICENTE FERREIRA
RUA MANOEL PEDRO, 781 / FUNDOOS - MONTE CASTELO
PATOS / PB CEP: 58700000 (AQ: 118)

Ligação MONOFÁSICO
Cl/Sec RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA TIENDA
Rotário 18-118-480-2041 Referência: Abr/2019
Medidor 00008757050 Emissão: 29/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br200 km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.226.324
Cód. para Déb. Automático: 00017689480

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	29/04/2019	29/05/2019	930.387.394-72 Insc. Est.
UC (Unidade Consumidora):			5/1768948-0

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009 informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL Saiba mais em saúde.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/03/19	8362	28/04/19	8520	1	158	32

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc Fis(R\$)	Colind
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Fis/Colind(R\$) (1,0645%) (4,9955)		
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,00	0,287880	8,63	8,63	27	2,93	0,43
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,00	0,483540	34,54	34,54	27	9,32	1,72
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	58,00	0,740300	42,93	42,93	27	11,59	2,14
0810	Subsídio			43,87	43,87	27	11,55	2,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0904	JUROS DE MORA 03/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2019			1,56	0,00	0	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-26,38	0,00	0	0,00	0,00

TOTAL	102,48	129,97	35,09	129,97	1,40	8,48
CCI Código de Classificação do Item	Até 100kWh 0,330280	Até 220kWh 0,485420				
Tarifa e Tributos	Até 30kWh 0,192860					

Média últimos meses (kWh) 181

VENCIMENTO
07/05/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 102,48

Método de Consumo (kWh)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198006 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P5/8/11_CIRURGIA.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198006 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P5/8/11_CIRURGIA.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL
Profissão: AVIADOR RG: 4.153.900 CPF: 105.891.404-93
Endereço: RUA FRANCISCO PAULO LACERDA, 5N, MONTE CASTELO
CEP: 58707-110 Cidade/UF: PATOS/PB

OUTORGADO:

Nome: YURE PEREIRA GOMES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO RG: 3260218 CPF: 086.417.024-66
Endereço: RUA JACQUES MOURA, 5N
CEP: 58700-430 Cidade/UF: PATOS/PB

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____
Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
CEP: _____ Cidade/UF: _____

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para ingressar com pedido, interpor recursos administrativos e legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar em nome do Outorgante quaisquer formulários obrigatórios exigidos pelas Seguradoras, desde que os dados do beneficiário sejam única e exclusivamente do Outorgante, fazer acordos, desistir, receber informações, solicitar agendamento ou reagendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias médicas, contestar pareceres e solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, especialmente junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A ou junto a qualquer outra Seguradora, tudo com o fim especial de requerer a indenização devida do Seguro DPVAT e/ou de Seguro de Vida do Outorgante, nas modalidades de cobertura por Morte e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, bem como ainda Seguros de Vida, Seguros de Responsabilidade Civil Facultativa e quaisquer outras coberturas contratadas, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, do qual figura como vítima de acidente ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO ocorrido em 28/02/2020 e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 105.891.404.93.

Local e Data, PATOS/PB 28/MAIO/2020

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

 Luba Eulina Costa Figueiredo Nome legível de quem assina e registra o pedido 013 733 724 86 CPF legível de quem assina e registra o pedido Luba Eulina Costa Figueiredo Assinatura de quem assina e registra o pedido	2ª) Nome: <u>José Evangelista dos Santos</u> CPF: <u>028.726.324-18</u> Assinatura de quem assina 2ª) Nome: <u>Rosângela Maria Sousa</u> CPF: <u>320.384.394-22</u> Assinatura de quem assina
---	--

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153806/20

Número do Sinistro: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

CPF: 105.891.404-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2020
Nome: YURE PEREIRA GOMES
CPF: 086.417.024-66

YURE PEREIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153806/20

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

CPF: 105.891.404-93

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO : 105.891.404-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/06/2020
Nome: YURE PEREIRA GOMES
CPF: 086.417.024-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

YURE PEREIRA GOMES

MARCOS AURELIO VIDAL