



SECRETARIA DE
SAÚDE



CIDADE DO
TRABALHO

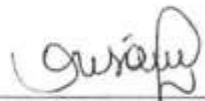
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



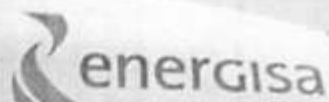
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

 **Crisane França de Farias**
Enfermeira
COREN-PB 338.069

Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

VALCIR CORREIA DE MORAIS
SIT LAGOA GRANDE, S/N - AREA RURAL
CUTE DE MAMANDUAPE / PB CEP: 69299000 (AQ: 14)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7-259-867-1080 Referência: Mai / 2019
Medidor: 00008519450 Emissão: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.808.902
Cód. para Déb. Automático: 00016029803

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	100.708.124-46 Insc. Est.

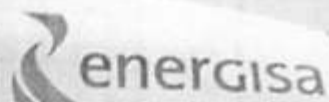
UC (Unidade Consumidora): 5/1602980-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Compartilhe em
seus grupos de WhatsApp.



VALCIR CORREIA DE MORAIS
SIT LAGOA GRANDE, S/N - AREA RURAL
CUTE DE MAMANDUAPE / PB CEP: 69269000 (AQ: 14)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7-259-867-1080 Referência: Mai / 2019
Medidor: 00008519450 Emissão: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.808.902
Cód. para Déb. Automático: 00016029803

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	100.708.124-46 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1602980-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Compartilhe em
seus grupos de WhatsApp.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, JOSEILTON SILVA DE SOUZA,
RG nº 3.802.076, data de expedição 14 / 10 / 09,
Órgão SSDS / PB, portador do CPF nº 098.182.254-14,
com domicílio na cidade de CITÉ DE MAMANGUAPE, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO LAGOA GRANDE, nº S/Nº,
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
VALCIR CORREIA DE MORAIS, cujo o condutor era
VALCIR CORREIA DE MORAIS.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN EST Ano: 2011
Placa: DEX 1689 / PB Chassi: 9C2KE1670BR636748
Data do Acidente: 28 / 06 / 18

Local e Data: MAMANGUAPE, 16 de Maio de 2019

JOSEILTON SILVA DE SOUZA
Assinatura do Declarante

2º Cartório
Mamanguape-PB

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
JOSEILTON SILVA DE SOUZA
Dou fe: Mamanguape-PB - 17/05/2019
Escritor: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI
Selo Digital AIO71398-2801
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 0,51 Cartep R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Fepp R\$ 2,38

ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, JOSEILTON SILVA DE SOUZA,
RG nº 3.802.076, data de expedição 14 / 10 / 09,
Órgão SSDS / PB, portador do CPF nº 098.182.254-14,
com domicílio na cidade de CITÉ DE MAMANGUAPE, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO LAGOA GRANDE, nº S/Nº,
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
VALCIR CORREIA DE MORAIS, cujo o condutor era
VALCIR CORREIA DE MORAIS.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN EST Ano: 2011
Placa: DEX 1689 / PB Chassi: 9C2KE1670BR636748
Data do Acidente: 28 / 06 / 18

Local e Data: MAMANGUAPE, 16 de Maio de 2019

JOSEILTON SILVA DE SOUZA
Assinatura do Declarante

2º Cartório
Mamanguape-PB

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
JOSEILTON SILVA DE SOUZA.
Dou fé. Mamanguape-PB - 17/05/2019
Escritor: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI
Selo Digital AIO71398-ZRH
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 0,51 Cartep R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Fepp R\$ 2,38

ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado



CERTIDÃO

Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Nr: 140502 Atd: Nao Regul
Data: 28/06/2018
Hora: 20:25:40
Recepcionista: HELENA MARIA HONORAT
Clínica: CIRURGICA

RAZO DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Num. Prontuario: 2018.06.003810

CNS: 704805536794647 Sexo: M IDENTIDADE: 3780237 Fone: 981265937

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 16/07/1991 Id: 27 ano(s)

End.: SITIO LAGOA GRANDE, 00

Bairro: ZONA RUARL Cidade: CUITÉ DE MAMANGUAPE UF: PB

Mae: VALNEIDE DE LIMA CORREIA

Pai: PAULO BORGES DE MORAIS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: D

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: SITIO BONITA - COLISAO MOTO/CONDUTOR X CARRO

Vitima de violência por: HJ. 16:30

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Lesão Principal

SAMU

ACIDENTE MOTOCICLETA, TAMBÉM REU SAN
CONDIÇÃO E QUANTO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

TOMAR: NDN

ASD: NDN



Diagnostico

EXT: F. M. M. Ex. L. M. M. M. E. Conduta

Prescrição

CO: AVM OMOPE

Horario da medicacao

Handwritten signature of Carlos Augusto Rave.

Handwritten signature of Carlos Augusto Rave.

Handwritten signature of Eduardo Motta Braga.

Handwritten signature of Carlos Augusto Rave.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Wafnide de Lima Correia

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/06/18

Nome: VALCIR CORREIA DE MORAES
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/____

QPD: _____

HDA: Presente agente de saúde e de

for medical em ENF (E)

Apresenta Ferimento contuso - cutâneo

em Região Anterior da perna.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____





HN-081129

TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Valéria Correia de Almeida
pessoa responsável pelo(a) paciente, El mesmo
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018.



Valéria Correia de Almeida
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável
Rg. 3.480-234-SSP/PB

Assinatura do (a) Funcionário (a)

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fraqueza ZNF (C)

Conduta: - Analisando

- Solicitar

Intervenção e acompanhamento



Dr. Enes D. Silva Neto
Médico Residente em Otorrinolaringologia
CRM 84.98

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Dr. Rava + Dr. Silva



Hospital Samaritano
CENTRO CIRÚRGICO - FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: Adriano Carmo de Moraes
Idade: 60 Sexo: M Sala: 106 Data: 29/06/18 Convenio: Faculdade

SUMÁRIO CLÍNICO

Doença e de 1 lit per
torax

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: Dr. Fábio Borborema
1º Auxiliar: ---
2º Auxiliar: ---
3º Auxiliar: ---
Anestesista: Dr. Gutemberg Borborema
Instrumentador(a): Adriano

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 29/06/18 Hora Inicial: ---
Tipo de Cirurgia: Furto de tórax
Diagnóstico Pré-Operatório: Furto de tórax TNC
Tipo de Anestesia: Boqui
Risco Cirúrgico: ---
Intercorências Cirúrgicas: ---

Diagnóstico Pós-Operatório: Ovar

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

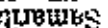
- 1) Amoção + art: pulmão
- 2) Amoção + art: pulmão
- 3) Amoção + art: pulmão
- 4) Amoção + art: pulmão
- 5) Amoção + art: pulmão
- 6) Amoção + art: pulmão

Dr. Fábio G. B. Borborema
CRM-PE: 1395
CRM-PE: 4554
SBOT: 0876

MONITORAÇÃO	AP. ANEST. CHECADO	CARDIOSCÓPIO	OXIMETRIA DE PULSO	CAPNOGRAFIA	BIS	SINA APT. NÃO INVASIVA	☐ SINA ☐ NÃO ☐	EST. DE NERVOS	SULHA Nº	ACESSO VENOSO	CATETER Nº	CATETER Nº	INTRACATH	DUP. LIXEN	BOMBA DE INFUSÃO
-------------	--------------------	--------------	--------------------	-------------	-----	------------------------	---	----------------	----------	---------------	------------	------------	-----------	------------	------------------

AGENTES	VEHICULOS	ACTIVIDADES
☒ OXIGENIO	☐ N.O.I.A.R	☐ EGG
☐ SEVERIFURANO	☐ ESPONTANEA	☐ MECANICA
☐	☐ MANUAL	☐ OXIMETRIA
☐	☐ ETICO.	☐ BIS
☐	☐	☐

CONTINUAÇÃO		QUANT. UTILIZADA	DOSE	ANEST. GERAL / SEDACÃO	QUANT. UTILIZADA	DOSE
Suferanti amp				Agua Destilada 10ml		
Tenoxicam 40mg				Alfentanil amp		
Toradol				Beitra amp		
Tramal 50 / 100mg				Cisatracurio amp		
Eletrados unid				Clonidina amp		
Cateter nasal unid				Dexametasona amp		
Oxigenio 7 l/min				Dexmedetomidina amp		
Jaleco n° 24 / 22 / 20				Dipirona amp		
Jaleco n° 18 / 16 / 14				Dopamina amp		
Máscara laríngea unid				Drain B6 amp		
Tubo traqueal N°				Efedrina amp		
				Etoril amp		
				Elomidato amp		
				Fentanil 2ml / 20ml		
				Flumazenil amp		
				Hidrocodizone 500mg		
				Isoflurane ml		
				Midazolam 5,0 / 15mg		
				Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg		
				Naloxone amp		
				Noradrenalina amp		
				Nubain 10mg amp		
				Octocina amp 5 unid		
				Ondosentrone 4 / 8mg		
				Plasil amp		
				Profenil fr		
				Propofol 100 / 20ml		
				Propofol PFS 1% / 2%		
				Prostigmine amp		
				Quetamina fr		
				Remifentanil fr		
				Rocuronio fr		
				Sevoflurane ml		
				Repipal		
				Horas iniciais		

Hospital Samaritano 		CIDADAÑO F10195		ANESTESISTA DOUTOR WMA		DATA DO PACIENTE 06/04/87		COLAR ETIQUETA SE HOUVER	
PRESSION NIVAL (mmHg) 10x80		PRESSION EQUIV (mmHg) 10x80		PULSO (b/m) 40		TEMPER (C) 36		ESTADO MENTAL NOT	
ASA: 1 2 3 4 5 6 E		ALUNO 1 2		ALUNO 2 2		ANESTESIA 2		DATA DO PACIENTE 06/04/87	
PRESSION EQUIV (mmHg) 10x80		PULSO (b/m) 40		TEMPER (C) 36		ESTADO MENTAL NOT		DATA DO PACIENTE 06/04/87	
PRESSION NIVAL (mmHg) 10x80		PRESSION EQUIV (mmHg) 10x80		PULSO (b/m) 40		TEMPER (C) 36		ESTADO MENTAL NOT	
CIDADAÑO F10195		ANESTESISTA DOUTOR WMA		DATA DO PACIENTE 06/04/87		COLAR ETIQUETA SE HOUVER		DATA DO PACIENTE 06/04/87	

Paciente:	Valeria Correia Moraes		Convênio:	Pacote
Cirurgia:	Enxerto de Tendonamento		Data:	29/06/17
Cirurgião:	DR. Rodolfo Barbosinha		Anestesista:	DR. Gutemberg
Auxiliar 1:			Anestesia:	Raque + Sedação
Auxiliar 2:			Circulante:	gama 71901
Instrumentador:	Adriano		Idade:	

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	01	Droperidol	01
Adrenalina		Etomidato	
Aminofilina		Efedrina	
Amicacina		Fenergan	
Atropina		Fentanil 2ml	02
Bextra 40mg	01	Fentanil 10ml	
Buscopam Composto		Flagyl 500mg	
Buscopam Simples		Fenitoína	
Bryanil		Flumazenil	
Clonidina		Gentamicina	
Cipro 200mg		Glicose 50%	
Duo Decadron		Hidrocortisona	
Dimorf 0,2mg	01	Keflim 1g	
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	02
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin	01
Dexametasona mg		Kolagenase Pomada	
Dipirona Sódica	02	Lasix	
Dolosol		Liquemine	
Dormonid	01	Narcan	
Diazepam		Nausedron	
		Nimblum	
		Neomicina Pomada	
		Neocalina Isobárica	
		Neocalina Pesada	01
		Novabupi 0,5 c/v	
		Novabupi 0,5 s/v	
		Nubaim	
		Omeprazol	
		Oxacilina 500mg	
		Pavulon	
		Plasil	
		Precedex	
		Profenid	
		Propofol	02
		Prostigilmine	
		Quelicim mg	
		Rapifen	
		Ranitidina	
		Rocefin 1g	
		Telebrix	
		Tilatil mg	
		Transamin	
		Tramal 50mg	
		Tracrium	
		Ultiva 2mg	
		Unasyn 3g	
		Xilocaina 2% Fr	
		Xilocaina 2% 5ml	
		Xilocaina 2% geléia	
		Dramin B6	
		Vitamina C	
		Vitamina K	
		Vitamina B	

SOLUÇÕES			
Soro Fisio. 0,9% 1000ml	01	Soro Ringer c/ Lactato	02
Soro Fisio. 0,9% 500ml		Água Destilada 1L	
Soro Fisio. 0,9% 250ml		Purisol	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol	
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven	
		PVPi Degermante	
		PVPi Tintura	
		PVPi Tópico	
		Clorexidina 2% degerm.	300 ml
		Clorexidina 2% alc.	300 ml
		Éter	
		Alcool 70%	50ml
		Comphene	06
		Latex	02

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Aguilha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias	01
Aguilha 25x7G	01	Dreno Penrose 1	
Aguilha 40x12G	02	Dreno Penrose 2	
Aguilha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	
Aguilha Raqui 26G	01	Dreno Sucção 3,2	
Aguilha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8	
Aguilha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4	
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32	
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36	
Aguilha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38	
Jelco 14G		Esparradrapo	01
Jelco 16G		Eletrodos	05
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01
Jelco 20G	01	Equipo Microgotas	
Jelco 22G		Escova degermante	05
Jelco 24G		Gorro Descartável	04
Atadura Crepom 15cm	10	Gaze Pacote	03
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan	
Atadura Gessada		Surgicel	
Coletor Sist. Aberto		Intracath	
Coletor Sist. Fechado		Cateter monolúmen	
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico	
Cateter Peridural 16		Capa VDL	
		Luva de Procedimento	10
		Luva 7,0	
		Luva 7,5	03
		Luva 8,0	02
		Luva 8,5	
		Lâmina Bisturi 11	
		Lâmina Bisturi 15	
		Lâmina Bisturi 24	01
		Máscara Descartável	04
		Propé	
		Seringa 1ml	
		Seringa 3ml	
		Seringa 5ml	02
		Seringa 10ml	02
		Seringa 20ml	
		Seringa 60ml	
		Sonda Foley 3v 18	
		Sonda Foley 3v 20	
		Sonda Foley 3v 22	
		Sonda Foley 2v 12	
		Sonda Foley 2v 14	
		Sonda Foley 2v 16	
		Sonda Foley 2v 18	
		Cartucho de Ligacip	
		Perfusor Seth	
		Sonda Gástrica 18	
		Sonda Gástrica 20	
		Sonda Uretral 4	
		Sonda Uretral 6	
		Sonda Uretral 8	
		Sonda Uretral 10	
		Sonda Uretral 12	
		Sonda Uretral 14	
		Torneirinha 3/8"	
		TOT 6,5	
		TOT 7,0	
		TOT 7,5	
		TOT 8,0	
		TOT 8,5	
		TOT 9,0	
		Trascan	01
		Equipo de BIC	
		Equipo de Sangue	
		Equipo Irrigoplás	
		Algodão Ortopédico	02

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnógrafo	
Bisturi Elétrico		CO2	
Bomba de Infusão		Oxigênio	06 25
Carro de VDL		Nitrogênio	
		Fonte de Luz	
		Monitor	01
		Respirador	
		Oxímetro	012
		RX/ Arco Cirúrgico	
		Tricotomia	
		Peça Cirurg.	
		Destino:	



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29 / 6 / 18
Nome da Mãe: Valmeide Lima	Convenio: Pacote
Cirurgião: DR=	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilhermino
Cirurgia: Fract de Tornozelo esquerdo	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: () Paciente Interno () Paciente Ambulatorial (X) Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim () Não () Periférico MS () Central

Estado geral/Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSW: PA: 150/69 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: (X) Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: () Dorsal (X) Ventral (X) Lateral E/D () Ginecológica

Coxim: () Dorsal (X) Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: () Sim (X) Não Local da Placa: () Panturrilha () Face posterior da coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: (X) PVP () Clorexidina () Outros

Cateteres e Drenos: SVD nº () 2 vias () Acesso central () SNG nº () Pen rose nº () 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, Balão insuflado com ml, Passado por: () Acesso venoso periférico MS E () Dreno sucção kher, () Dreno de blacker nº () Dreno de tórax nº
--

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral (X) Raquianestesia () Peridural (X) Sedução () Local () Geral Venosa () Bloqueio de plexo () Sedação () Tubo Endot. Nº Fio guia: () Sim () Não () Guedel nº

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 19:30 Hora do Término:

Intercorrendas: () Sim (X) Não Qual:



Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Valcir Correia de morais

Atendimento: _____

Convênio: Pacote

Cirurgia: Fratura de Tornozelo esquerda

Cirurgião: DR. Edilson Barbacena

Sala: 02 Data: 29/6/18

Circulante de sala (não rubricar): João 719091

23/4/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/4/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/4/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL
23/4/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/4/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/4/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL

LIFE ASSESSORIA
29. MAIO. 2018
CORRETORA DE SEGUROS



Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: _____

Leito: _____

Convênio: _____

Setor: _____

DATA

29/06

Admissão

P. admitido II
do cu. # 112.

Dr. Edias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



26/118

P. admitido
Estável
Alta hospitalar

Dr. Edias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



Hospital Samaritano

RECEBEMOS DO
NOME DO PACIENTE
O VALOR DE
R\$ 1.000,00
PAGAMENTO
DE 10% DO
TOTAL DO
CUSTO DO
SERVIÇO
E O RESTANTE
DE R\$ 900,00
DEVE SER
PAGADO EM
10 PARCELAS
DE R\$ 90,00
CADA UMA
NO PRAZO
DE 10 (DEZ)
MESES
CONTANDO
DA DATA
DE EMISSÃO
DESTE
RECIBO
DATA 29/06/18

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 29, 06, 18

Paciente:

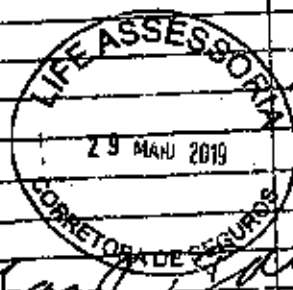
Clinica:

Apt: 34

Unio:

OED	AGENTE TERAPÊUTICO, QUANTIDADE / VIA	Observações
1	1. Bebe	
2	SDI - 200ml	1. 1. 1.
3	clonazepam 50 mg + ASD 6/6h	2/3. 1/5-1/4
4	Aspirina 175 + ASD 6/6h	2/3. 1/5-1/4
5	Tilatil 40 + ASD 1x die	2/3. 1/5-1/4
6	Quetiapina 40 mg 1x + ASD 1x die	2/3. 1/5 (30. 06)
7	Oxamin 175 - 175 + ASD 2x 175 2x 175	23. 07. 18
8	Toradol 100 + 200ml 5ml 2x 175	2/3. 1/4
9	Clonazepam 40 mg 1x die	2/3. 1/5 (30. 06)
10	Spas + CCG	no fim
11	Tetrazepam 100mg 1x die	

Dr. Fídias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14034
SBOT: 9876



Dr. Gláucia Nogueira
CRM-PE: 9220

MÉDICO:

CRM:

Lucilia Lima de Sousa
Enfermeira
COREN 28395
COREN 288955



Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDADI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Paciente:

Volnei C. da Silva

Clinica:

Apt: 34

Quarto:

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	Observação
①	D. urine	
②	Frases curativas - TACA BOTA 10	
③	Atte hospital	
④	Se tanque - 1FR (24) B	
DE FIDELIS G. F. Borborema		
CRM-PB: 9396		
CRM-PE: 14854		
SBOT: 9876		
LIFE ASSESSORIA		
28 MAIO 2019		
CORRETORA DE SEGUROS		
SEPARADO POR:		

MÉDICO:

CRM:



Hospital Samaritano

A Kalen C. I. Mori

by

Im

- Detran para

012

Aphen Im

Dr. Fátima G. F. Borborema
CRM-PB: 8398
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876



Ressonância Magnética - Tomografia - Hemodinâmica - Ultrassonografia
Endoscopia - Laboratório de Análises Clínicas - Radiologia - Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Pb

Fone: (83) 3048-2100

CERTIDÃO

Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Nr: 140502 Atd: Nao Regul
Data: 28/06/2018
Hora: 20:25:40
Recepcionista: HELENA MARIA HONORAT
Clínica: CIRURGICA

RAZO DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Num. Prontuario: 2018.06.003810

CNS: 704805536794647 Sexo: M IDENTIDADE: 3780237 Fone: 981265937

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 16/07/1991 Id: 27 ano(s)

End.: SITIO LAGOA GRANDE, 00

Bairro: ZONA RUARL Cidade: CUITÉ DE MAMANGUAPE UF: PB

Mae: VALNEIDE DE LIMA CORREIA

Pai: PAULO BORGES DE MORAIS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: D

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: SITIO BONITA - COLISAO MOTO/CONDUTOR X CARRO

Vitima de violência por: HJ. 16:30

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Leixa Principal

SAMU

ACIDENTE MOTOCICLETA, TAMBEM REU SAN
COXAS E OMBROS.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

TOMAX: NDN

ASD: NDN



Diagnostico

EXT: F. M. M. Ex. L. M. M. M. E. Conduta

Prescricao

CO: AVM OMBROS

Horario da medicacao

Handwritten signature of Carlos Augusto Rave.

Handwritten signature of Carlos Augusto Rave.

Handwritten signature of Eduardo Motta Braga.

Handwritten signature of Carlos Augusto Rave.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Wafnide de Lima Correia

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/06/18

Nome: VALCIR CORREIA DE MORAES
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/____

QPD: _____

HDA: Presente agente de saúde e de

for medical em ZNA (E)

Apresenta Ferimento contuso - cutâneo

em Região Anterior da perna.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____





HN-081129

TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Valéria Correia de Almeida
pessoa responsável pelo(a) paciente, El mesmo
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018.



Valéria Correia de Almeida
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável
Rg. 3.480-234-SSP/PB

Assinatura do (a) Funcionário (a)

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fraqueza ZNF (C)

Conduta: Tratamento

Intervenção cirúrgica

1



Dr. Enes P. Silva Neto
Médico Residente em Otorrinolaringologia
CRM 84.98

Dr. Rava + Dr. Silva



Hospital Samaritano
CENTRO CIRÚRGICO - FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: Adriano Carmo de Moraes
Idade: 60 Sexo: M Sala: 106 Data: 29/06/18 Convenio: Facete

SUMÁRIO CLÍNICO

Doença e de 1 lit per
torax

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: Dr. Fábio Borborema
1º Auxiliar: ---
2º Auxiliar: ---
3º Auxiliar: ---
Anestesista: Dr. Gutemberg Borborema
Instrumentador(a): Adriano

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 29/06/18 Hora Inicial: ---
Tipo de Cirurgia: Furacão
Diagnóstico Pré-Operatório: Furacão TNC
Tipo de Anestesia: Boqui
Risco Cirúrgico: ---
Intercorências Cirúrgicas: ---

Diagnóstico Pós-Operatório: ---

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- 1) Amoção + art. 1000
- 2) Amoção + art. 1000
- 3) Amoção + art. 1000
- 4) Amoção + art. 1000
- 5) Amoção + art. 1000
- 6) Amoção + art. 1000

Dr. Fábio G. B. Borborema
CRM-PE: 1395
CRM-PE: 4554
SBOT: 0876

[illegible]

190—
180—
170—
160—
150—
140—
130—
120—
110—
100—
90—
80—
70—
60—
50—
40—
30—
20—
10—

MONITORAÇÃO	AP. ANEST. CHECADO	CARDIOSCÓPIO	OXIMETRIA DE PULSO	CAPNOGRAFIA	BIS	SESSÃO ART. NÃO INVASIVA	SIM ☐ NÃO ☐	TEST. DE NERVOS	GULTANA	ACESSO VENOSO	CATETER IV	CATETER IV	INTRACATH	DUP. LUMEN	BOMBA DE INFUSÃO
-------------	--------------------	--------------	--------------------	-------------	-----	--------------------------	---	-----------------	---------	---------------	------------	------------	-----------	------------	------------------

Hospital Samaritano
 Av. Paulista, 1306 - Bela Vista - São Paulo - SP
 Fone: (011) 3061-1111
 Fax: (011) 3061-1111
 E-mail: hospital@samaritano.com.br
 Site: www.samaritano.com.br

[illegible]

CONTINUAÇÃO		ANEST. GERAL / SEDACÃO	
DOSE UTILIZADA	QUANT. UTILIZADA	DOSE UTILIZADA	QUANT. UTILIZADA
Água Destilada 10ml		Água Destilada 10ml	
Alfentanil amp		Alfentanil amp	
Atropina amp		Atropina amp	
Bexita amp		Bexita amp	
Cisatracurônio amp		Cisatracurônio amp	
Clonidina amp		Clonidina amp	
Dexametasona amp		Dexametasona amp	
Dexmedetomidina amp		Dexmedetomidina amp	
Dipirona amp		Dipirona amp	
Dopamina amp		Dopamina amp	
Dramin B6 amp		Dramin B6 amp	
Droperidol		Droperidol	
Efedrina amp		Efedrina amp	
Etoril amp		Etoril amp	
Etomidato amp		Etomidato amp	
Fentanil 2ml / 20ml		Fentanil 2ml / 20ml	
Flumazenil amp		Flumazenil amp	
Hydrocortizona 500mg		Hydrocortizona 500mg	
Isotufurane ml		Isotufurane ml	
Midazolam 5,0 / 15mg		Midazolam 5,0 / 15mg	
Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg		Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg	
Naloxona amp		Naloxona amp	
Nordrenalina amp		Nordrenalina amp	
Nubain 10mg amp		Nubain 10mg amp	
Octocena amp 5 unid		Octocena amp 5 unid	
Ondosetrona 4 / 8mg		Ondosetrona 4 / 8mg	
Plasil amp		Plasil amp	
Profenid fr		Profenid fr	
Propofol 100 / 20ml		Propofol 100 / 20ml	
Propofol PFS 1% / 2%		Propofol PFS 1% / 2%	
Prosigmine amp		Prosigmine amp	
Quetamina fr		Quetamina fr	
Rocuronio fr		Rocuronio fr	
Sufentanil amp		Sufentanil amp	
Tenoxicam 40mg		Tenoxicam 40mg	
Toradol		Toradol	
Tramal 50 / 100mg		Tramal 50 / 100mg	
Elektrodes unid		Elektrodes unid	
Cateter nasal unid		Cateter nasal unid	
Oxigênio 4 l/min		Oxigênio 4 l/min	
Oxido nítrico 1min		Oxido nítrico 1min	
Jelco n° 24 / 22 / 20		Jelco n° 24 / 22 / 20	
Jelco n° 18 / 16 / 14		Jelco n° 18 / 16 / 14	
Máscara laríngea unid		Máscara laríngea unid	
Tubo traqueal N°		Tubo traqueal N°	
Efedrina amp		Efedrina amp	
Etoril amp		Etoril amp	
Etomidato amp		Etomidato amp	
Fentanil 2ml / 20ml		Fentanil 2ml / 20ml	
Flumazenil amp		Flumazenil amp	
Hydrocortizona 500mg		Hydrocortizona 500mg	
Isotufurane ml		Isotufurane ml	
Midazolam 5,0 / 15mg		Midazolam 5,0 / 15mg	
Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg		Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg	
Naloxona amp		Naloxona amp	
Nordrenalina amp		Nordrenalina amp	
Nubain 10mg amp		Nubain 10mg amp	
Octocena amp 5 unid		Octocena amp 5 unid	
Ondosetrona 4 / 8mg		Ondosetrona 4 / 8mg	
Plasil amp		Plasil amp	
Profenid fr		Profenid fr	
Propofol 100 / 20ml		Propofol 100 / 20ml	
Propofol PFS 1% / 2%		Propofol PFS 1% / 2%	
Prosigmine amp		Prosigmine amp	
Quetamina fr		Quetamina fr	
Rocuronio fr		Rocuronio fr	
Sufentanil amp		Sufentanil amp	
Tenoxicam 40mg		Tenoxicam 40mg	
Toradol		Toradol	
Tramal 50 / 100mg		Tramal 50 / 100mg	
Elektrodes unid		Elektrodes unid	
Cateter nasal unid		Cateter nasal unid	
Oxigênio 4 l/min		Oxigênio 4 l/min	
Oxido nítrico 1min		Oxido nítrico 1min	
Jelco n° 24 / 22 / 20		Jelco n° 24 / 22 / 20	
Jelco n° 18 / 16 / 14		Jelco n° 18 / 16 / 14	
Máscara laríngea unid		Máscara laríngea unid	
Tubo traqueal N°		Tubo traqueal N°	
Efedrina amp		Efedrina amp	
Etoril amp		Etoril amp	
Etomidato amp		Etomidato amp	
Fentanil 2ml / 20ml		Fentanil 2ml / 20ml	
Flumazenil amp		Flumazenil amp	
Hydrocortizona 500mg		Hydrocortizona 500mg	
Isotufurane ml		Isotufurane ml	
Midazolam 5,0 / 15mg		Midazolam 5,0 / 15mg	
Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg		Morfina 0,2 / 2,0 / 10mg	
Naloxona amp		Naloxona amp	
Nordrenalina amp		Nordrenalina amp	
Nubain 10mg amp		Nubain 10mg amp	
Octocena amp 5 unid		Octocena amp 5 unid	
Ondosetrona 4 / 8mg		Ondosetrona 4 / 8mg	
Plasil amp		Plasil amp	
Profenid			

Paciente: <u>Valter Correia Moraes</u>	Convênio: <u>Pacote</u>
Cirurgia: <u>Frotura do Tornozelo</u>	Data: <u>29/06/14</u>
Cirurgião: <u>DR. Rodolfo Barbosinha</u>	Anestesista: <u>DR. Gutemberg</u>
Auxiliar 1:	Anestesia: <u>Raque + Sedação</u>
Auxiliar 2:	Circulante: <u>João Zizotti</u>
Instrumentador: <u>Adriano</u>	Idade:

MEDICAMENTOS

Água Destilada 10 ml	01	Droperidol	01	Nimblum		Tilatil mg	
Adrenalina		Etomidato		Neomicina Pomada		Transamin	
Aminofilina		Efedrina		Neocalina Isobárica		Tramal 50mg	
Amicacina		Fenergan		Neocalina Pesada	01	Tracrium	
Atropina		Fentanil 2ml	02	Novabupi 0,5 c/v		Ultiva 2mg	
Bextra 40mg	01	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v		Unasyn 3g	
Buscopam Composto		Flagyl 500mg		Nubain		Xilocaina 2% Fr	
Buscopam Simples		Fenitoína		Omeprazol		Xilocaina 2% 5ml	
Bryanil		Flumazenil		Oxacilina 500mg		Xilocaina 2% geléia	
Clonidina		Gentamicina		Pavulon		Dramin B6	
Cipro 200mg		Glicose 50%		Plasil		Vitamina C	
Duo Decadron		Hidrocortisona		Precedex		Vitamina K	
Dimorf 0,2mg	01	Keflim 1g		Profenid		Vitamina B	
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	02	Propofol	02		
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin	01	Prostigilmine		HALOGENADOS	
Dexametasona mg		Kolagenase Pomada		Quelicim mg		Sevorane (ml)	
Dipirona Sódica	02	Lasix		Rapifen		Halotano (ml)	
Dolosal		Liquemine		Ranitidina		Forane (ml)	
Dormonid	01	Narcan		Rocefin 1g			
Diazepam		Nauseadron		Telebrix			

SOLUÇÕES

Soro FisioL 0,9% 1000ml	01	Soro Ringer c/ Lactato	02	PVPI Degermante		Clorexidina 2% degerm. 300 ml	
Soro FisioL 0,9% 500ml		Água Destilada 1L		PVPI Tintura		Clorexidina 2% alc. 300 ml	
Soro FisioL 0,9% 250ml		Purisol		PVPI Tópico		Éter	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol				Alcool 70%	50ml
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven				Comphene 12	06

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Aguilha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01	Luva de Procedimento	10	Cartucho de Ligacip	
Aguilha 25x7G	01	Dreno Penrose 1		Luva 7,0		Perfusor Seth	
Aguilha 40x12G	02	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	02	Sonda Gástrica 18	
Aguilha Raqui 25G		Dreno Penrose 3		Luva 8,0	02	Sonda Gástrica 20	
Aguilha Raqui 26G	01	Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5		Sonda Uretral 4	
Aguilha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11		Sonda Uretral 6	
Aguilha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15		Sonda Uretral 8	
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24	01	Sonda Uretral 10	
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável	04	Sonda Uretral 12	
Aguilha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38		Propé		Sonda Uretral 14	
Jelco 14G		Esparradrapo	01	Seringa 1ml		Torneirinha 3-10	
Jelco 16G		Eletrodos	05	Seringa 3ml		TOT 6,5	
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml		TOT 7,0	
Jelco 20G	01	Equipo Microgotas		Seringa 10ml	02	TOT 7,5	
Jelco 22G		Escova degermante	05	Seringa 20ml		TOT 8,0	
Jelco 24G		Gorro Descartável	04	Seringa 60ml		TOT 8,5	
Atadura Crepom 15cm	10	Gaze Pacote	03	Sonda Foley 3v 18		TOT 9,0	
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan		Sonda Foley 3v 20		Trascan	01
Atadura Gessada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22		Equipo de BIC	
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12		Equipo de Sangue	
Coletor Sist. Fechado		Cateter monolúmen		Sonda Foley 2v 14		Equipo Irrigoplas	
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16		Algodão Ortopédico	02
Cateter Peridural 16		Capa VDL		Sonda Foley 2v 18			

EQUIPAMENTOS

Aspirador		Capnógrafo		Fonte de Luz		RX/ Arco Cirúrgico	
Bisturi Elétrico		CO2		Monitor	01	Tricotomia	
Bomba de Infusão		Oxigênio	06 25	Respirador		Peça Cirurg:	
Carro de VDL		Nitrogênio		Oxímetro	012	Destino:	

Jucelina Faustina da Silva
COREN-PB 523.018-ENF



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29 / 6 / 18
Nome da Mãe: Valmeide Lima	Convenio: Pacote
Cirurgião: DR=	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherbergue
Cirurgia: Fract de Tornozelo esquerdo	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: () Paciente Interno () Paciente Ambulatorial (X) Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim () Não () Periférico MS () Central

Estado geral/Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSW: PA: 150/69 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: (X) Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: () Dorsal (X) Ventral (X) Lateral E/D () Ginecológica

Coxim: () Dorsal (X) Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: () Sim (X) Não Local da Placa: () Panturrilha () Face posterior da coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: (X) PVP () Clorexidina () Outros

Cateteres e Drenos: SVD nº () 2 vias () Acesso central () SNG nº () Pen rose nº () 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, Balão insuflado com ml, Passado por: () Acesso venoso periférico MS E () Dreno sucção kher, () Dreno de blacker nº () Dreno de tórax nº
--

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral (X) Raquianestesia () Peridural (X) Sedução () Local () Geral Venosa () Bloqueio de plexo () Sedação () Tubo Endot. Nº Fio guia: () Sim () Não () Guedel nº

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 19:30 Hora do Término:

Intercorrendas: () Sim (X) Não Qual:



Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Valcir Correia de morais

Atendimento: _____

Convênio: Pacote

Cirurgia: Fratura de Tornozelo esquerda

Cirurgião: DR. Edilson Barbacena

Sala: 02 Data: 29/6/18

Circulante de sala (não rubricar): João 719091

23/6/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/6/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/6/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL
23/6/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/6/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL	23/6/18 02- Data do Procedimento Data de Validação No. do Equipamento No. do Cirurgião No. do Operador BRASIL

LIFE ASSESSORIA
29. MAIO. 2018
CORRETORA DE SEGUROS



Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: _____

Leito: _____

Convênio: _____

Setor: _____

DATA

29/06

Admissão

P. admitido em
doença # 12.

Dr. Edias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



26/11

Paulo
Atualizado
Estado de Saúde
Alta Hospitalar

Dr. Edias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



Hospital Samaritano

RECEBEMOS DA
FARMACIA
O VALOR DE
R\$ 1.000,00
PAGAMENTO
EM 29/06/18
TOTAL
R\$ 1.000,00

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 29, 06, 18

Paciente:

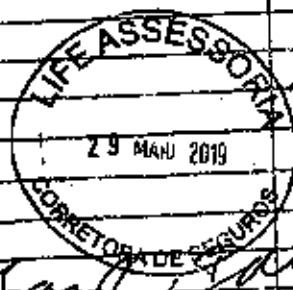
Clinica:

Apt: 34

Unio:

OEE	AGENTE TERAPÊUTICO, QUANTIDADE / VIA	Observações
1	1. Bebe	
2	SDI - 200ml	1/3 - 1/3
3	clonazepam 50 mg + ABO 6/6h	1/3 - 1/3 - 1/3
4	Aspirina 175 + ABO 6/6h	1/3 - 1/3 - 1/3
5	Tilatil 40 + ABO 1x dia	1/3 - 1/3
6	Querepaxol 40 mg 1x + ABO 1x dia	1/3 - 1/3 (30.06)
7	Oxamin 175 - 175 + ABO 6/6h	23.07
8	Toradol 100 + 200ml 5ml 6/6h	1/3 - 1/3
9	Chloral 40 1x dia	1/3 (30.06)
10	Spas + CCG	no fim
11	Tetrazepam 175	

Dr. Fídias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14034
SBOT: 9876



Dr. Gláucia Nogueira
CRM-PE: 9220

MÉDICO:

CRM:

Lucilia Lima de Sousa
Enfermeira
COREN 28395
COREN 288955



Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDADI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Paciente:

Volnei C. da Silva

Clinica:

Apt: 34

Quarto:

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	Observação
①	D. urine	
②	Frases curativas - TACA BOTA 10	
③	Até hospital	
④	Se não curar - 1FR (24) B	
DE FIDELIS G. F. Borborema CRM-PB: 9396 CRM-PE: 14854 SBOT: 9876		
LIFE ASSESSORIA 28 MAIO 2019 CORRETORA DE SEGUROS		
SEPARADO POR:		

MÉDICO:

CRM:



Hospital Samaritano

A Kalen C. I. Mori

by

Im

- Detano yam

Aphen Im

0/2

Dr. Fátima G. F. Borborama
CRM-PB: 8398
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876



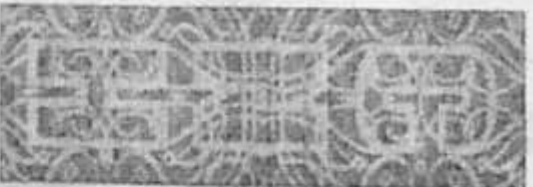
Ressonância Magnética - Tomografia - Hemodinâmica - Ultrassonografia
Endoscopia - Laboratório de Análises Clínicas - Radiologia - Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Pb

Fone: (83) 3048-2100

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275674236



LOCAL —
JOAO PESSOA, PB

João Pessoa
Assinatura do Portador

DATA EMISSÃO —
13/07/2016

05061231583
PB0323335083

DETRAN-PB (PARABÁ)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275674236



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME —
VALCIR CORREIA DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF —
3780237 SSP PB

CPF —
100.708.124-46

DATA NASCIMENTO
16/07/1991

FILIAÇÃO —
PAULO BORGES DE MORAIS
VALNEIDE DE LIMA
CORREIA



Nº REGISTRO —
05344358273

VALIDADE —
11/07/2021

1ª HABILITAÇÃO —
07/11/2011

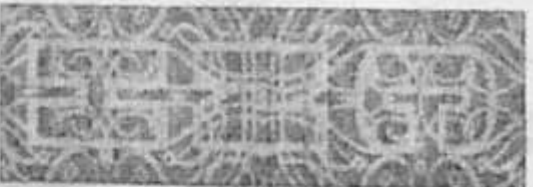
PERMISSÃO —
ACC —
CATHAB —
AB



OBSERVAÇÕES —

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275674236



LOCAL —
JOAO PESSOA, PB

João Pessoa
Assinatura do Portador

DATA EMISSÃO —
13/07/2016

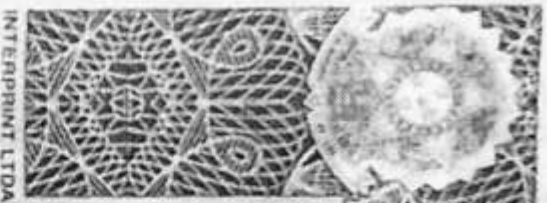
05061231583
PB0323335083

DETRAN-PB (PARABÁ)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275674236



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME —
VALCIR CORREIA DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF —
3780237 SSP PB

CPF —
100.708.124-46

DATA NASCIMENTO
16/07/1991

FILIAÇÃO —
PAULO BORGES DE MORAIS
VALNEIDE DE LIMA
CORREIA



Nº REGISTRO —
05344358273

VALIDADE —
11/07/2021

1ª HABILITAÇÃO —
07/11/2011

PERMISSÃO —
ACC —
CATHAB —
AB



OBSERVAÇÕES —

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L
A
C
R
E
0
0
3
9
0
8
0
0
9
9
4

DETRAN - PB

Nº 014202348350

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0035306409-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JOSEILTON SILVA DE SOUZA

CPF / CNPJ 09818225414 PLACA OEX1689/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670BR636748

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º
FAXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º
A 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/10/2018

OBSERVAÇÕES
REST. BEN. TRIBUTARIO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARACAGI-PB LOCAL DATA 24/10/2018

36633

16586

CONTRAN



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Verlein Dannaia de Moraes
 DATA DO ACIDENTE 28-06-2018 CPF DA VÍTIMA 300.709.324-46
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sr Leigon Gneuck
 Nº 51N COMPLEMENTO - BAIRRO Anes Rural
 CIDADE Guaitetuba Pernambuco UF PA CEP 58699-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991469023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29-05-2019
 IDENTIDADE 3790237
 ASSINATURA Verlein Dannaia de Moraes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 MAIO 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P.62

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Joseilton Silva de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.802.076 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/10/2009

NOME JOSEILTON SILVA DE SOUZA

FILIAÇÃO ADAILTON ALVES DE SOUZA
JOSÉLIA DUARTE DA SILVA

NATURALIDADE ARACAGI-PB DATA DE NASCIMENTO 12/01/1989

DOC ORIGEM NASC.N.10361 FLS.273 LIV.A 15

CARTORIO DE ITAPOROROCA PB

CPF: *e M. Mader...*

JOÃO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190351109 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 7/9

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181357/19

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

CPF: 100.708.124-46

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 28/06/2018

Titular do CPF: VALCIR CORREIA DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALCIR CORREIA DE MORAIS : 100.708.124-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019
Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS
CPF: 100.708.124-46

VALCIR CORREIA DE MORAIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02179-2

CONTA: 000010011002-9

Nr. da Autenticação 5D01890BECA6A45C

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/06/2019 - Autoatendimento - 09:30:23
145575235 8353

EXTRATO DE POUpanCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUpanCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 2179-2
CONTA: 11.002-7
VARIACAO: 51
CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
-----Maio/2019-----			
3105		Saldo ant.	15,52 C
DISPONIVEL			15,52 C
VLR. BLOQUEADO			0,00 D
SALDO TOTAL			15,52 C

SALDO POR DATA BASE

22 15,52 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351109

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351109

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351109

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351109

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **VALCIR CORREIA DE MORAIS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **1**

Agência: **000002179-2**

Conta: **000010011002-9**

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

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

Nº do sinistro ou ALE:

0181357134

CPF da vítima:

300.708.324-46

Nome completo da vítima:

Valéria Carneiro de Menezes

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

Nome completo:

Valéria Carneiro de Menezes

CPF:

300.708.324-46

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Ruyton Garcke

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Cidade de Maranguape

Estado:

RJ

Número:

31N

Complemento:

CEP:

58289000

Tel (DDD):

1831444468068

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2179 2

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

33002

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separamo judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa 26-07-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valéria Carneiro de Menezes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

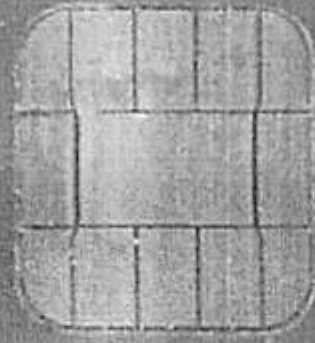
Assinatura do Procurador (se houver)

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



Ourocard

International



4001 6390 3464 9166

4001

GOOD THRU 04/21

VALCIR C MORAIS

2179-2 11.002-7

VISA

Electron

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0181357139

CPF da vítima:

300.708.324-46

Nome completo da vítima:

Valcira Bonfina de Moraes

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

Nome completo:

Valcira Bonfina de Moraes

CPF:

300.708.324-46

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua da Paz, 100

Número:

310

Complemento:

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Cidade de Maranguape

Estado:

PB

CEP:

58289-000

E-mail:

Tel.(DDD):

1831942428028

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2179

2

CONTA:

11002

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa 29-05-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

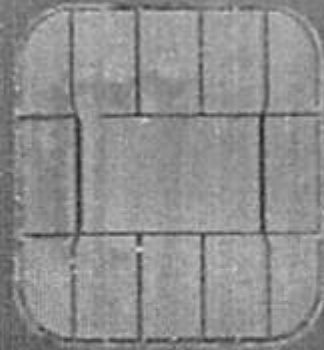
Assinatura do Procurador (se houver)

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



Eurocard

International



4001 6390 3464 9166

4001

GOOD 04/21
THRU

VALCIR C MORAIS
2179-2 11.002-7

VISA

Electron

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0181357139

CPF da vítima:

300.708.324-46

Nome completo da vítima:

Valcira Bonfina de Moraes

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

Nome completo:

Valcira Bonfina de Moraes

CPF:

300.708.324-46

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua da Paz, 100

Número:

310

Complemento:

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Cidade de Maranguape

Estado:

PB

CEP:

58289-000

E-mail:

Tel.(DDD):

1831942428028

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2

CONTA:

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

João Pessoa 29-05-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

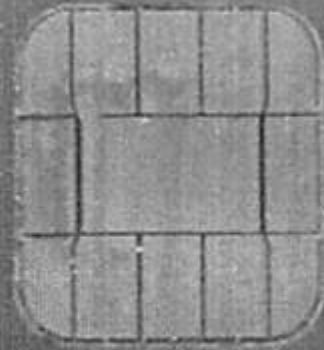
Assinatura do Procurador (se houver)

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



Ourocard

International



4001 6390 3464 9166

4001

GOOD 04/21
THRU

VALCIR C MORAIS
2179-2 11.002-7

VISA

Electron

Electron use only / Apenas uso eletrônico



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALCIR CORREIA DE MORAIS, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.


VALCIR CORREIA DE MORAIS
Comunicante


Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALCIR CORREIA DE MORAIS, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.


VALCIR CORREIA DE MORAIS
Comunicante


Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0181357139 CPF da vítima: 300.708.324-46 Nome completo da vítima: Valcira Gomes de Moraes

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

Nome completo: Valcira Gomes de Moraes CPF: 300.708.324-46
Profissão: Agravada Endereço: Jitirê Lagoa Grande Número: 310 Complemento: -
Bairro: Área Rural Cidade: Cuiabá de Maranguape Estado: PB CEP: 58289-000
E-mail: Tel.(DDD): (83)944928028

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0179 2 CONTA: 11002-7 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Jitirê Lagoa Grande 29-05-2019
Nome: Valcira Gomes de Moraes
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Assinatura
CPF: 23-MAIO-2019
2ª Nome: Assinatura
CPF: Assinatura





SECRETARIA DE
SAÚDE



CIDADE DO
TRABALHO

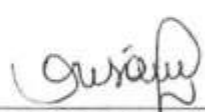
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

 **Crisane França de Farias**
Enfermeira
COREN-PB 338.069

Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164



SECRETARIA DE
SAÚDE



CIDADE DO
TRABALHO

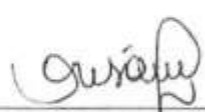
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

 **Crisane França de Farias**
Enfermeira
COREN-PB 338.069

Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164