

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412462

Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
039 396 764 62 *Sebastião Rodrigues Miguel*

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

5 - Nome completo:	<i>Sebastião Rodrigues Miguel</i>		6 - CPF:	039 396 764 62
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
agricultor	rua Presidente	S/N	casa	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
centro	Bianorte	P.B	58 984 000	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		9994715202020	
<i>neto.arenario@hotmail.com</i>	82 987 616835			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (343)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0176****8****33.769**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 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

23 - Estado civil da vítima	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Esteu 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.

34
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido38 - 1º | Nome: *Sebastião Rodrigues Miguel*
CPF: *039 396 764 62*
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: *PROTÓCOLO*
CPF: *AG 1000 PESSOA*
Assinatura da testemunha40 - Local e Data: *Tapera 15/05/2019*
Sebastião Rodrigues Miguel

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0568/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 08/04/2019 hora: 15:00 HORAS

Local do fato: Itaporanga-PB

NOTIFICANTE

NOME: SEBASTIÃO RODRIGUES MIGUEL, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Gloria de Dourados-MS, idade: xx anos, nascido em 23/01/1981, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: fundamental incompleto, documento: RG 2.477.865 SSP/PB, filiação: Luiz Clementino Miguel e de Raimunda Rodrigues Miguel, endereço: Rua Jose Luiz de França nº 176 Centro Diamante-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

VÍTIMA

NOME: A NOTIFICANTE, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que quando vinha da cidade de Piancó-PB para a cidade de Diamante-PB proximo a Agrovila Jesus Cristo na BR-361 na Cidade de Itaporanga-PB, disse que saiu de dentro do mato um Jumento e dai não deu para desviar e colidiu com o animal Jumento e caiu no asfalto e fraturou os dois braços e foi socorrido pelo o SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e no outro dia foi transferido para o Hospital Deputado Janduy Carneiro da Cidade de Paos-PB a onde fez cirurgia conforme os laudos que vai anexos, sua motocicleta era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, Alcool/Gasolina, ano 2013/2013, cor Preta, placa QFM-0795-PB, chassi nº 9C2KD0550DR364246 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 22 de Abril de 2019.

Sebastião Rodrigues Miguel

Notificante

Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro:

Sergio Luis de Sousa
Mat.:137.827-7

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

04 JUL. 2019

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
039 396 764 62 *Sebastião Rodrigues Miguel*

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

5 - Nome completo:	<i>Sebastião Rodrigues Miguel</i>		6 - CPF:	039 396 764 62
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
agricultor	rua Presidente	S/N	casa	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
centro	Bianorte	P.B	58 984 000	
15 - E-mail:	<i>netso.amevris@hotmail.com</i>		16 - Tel.(DDD):	9994715202020

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velho nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Esteu 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Sebastião Rodrigues Miguel</i> CPF: <i>039 396 764 62</i>
NÃO ALFABETIZADO	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Sebastião Rodrigues Miguel</i> CPF: <i>039 396 764 62</i>
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Tapera 15/05/2019*41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Sebastião Rodrigues Miguel*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RG/CPF:

Ativa/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

SRL 500ml + tilatil clamp EV + dipiura clamp EV

Clínica:

Enfermeiro Médico:

Atendimentos Realizados: Desobstrução vias aéreas - Intubação Naso/Orotraqueal - Câmla Orofaringea - Cricotireidostomia - Ventilação Mecânica (Manual) - Respirador - Inalação de Oxigênio O₂ - Drenagem Torácica - Massagem Cardíaca Externa - Desfibrilação/Cardioversão - Controle de Hemorragia - Curativo - Puncão Venoso - Sonda Gástrica - Sonda Vesical - Fisioterapia - Inobilização - Colar Cervical - Outros

Normal - Alterado - Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

SRL 500ml
equipes de ressuscitação
gelore n.º 18
tilatil clamp
seringa
água destilada

Atendimento Gineco-Obstétrico:

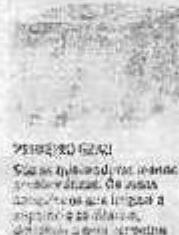
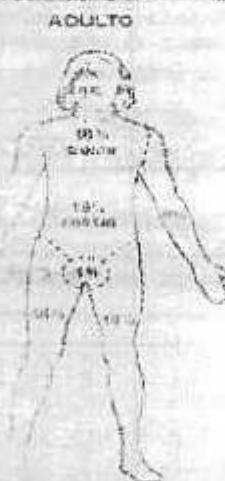
Abrangimento Hemorragia Vaginal Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS	ESCALA
Resposta à voz	1. Sustentada 2. A voz 3. Não responde
Movimento	4. Desenvolto 5. Confusa 6. Párvulas hipotônicas 7. Fáculas hipotônicas 8. Nenhuma
Resposta pupilar	9. Dilatada 10. Constricta 11. Irregular de amplitude 12. Irregular de intensidade 13. Ausente 14. Fixa e dilatada
TOTAL: 14 PONTOS	15
TOTAL: 14 PONTOS	14
TOTAL: 14 PONTOS	13
TOTAL: 14 PONTOS	12
TOTAL: 14 PONTOS	11
TOTAL: 14 PONTOS	10
TOTAL: 14 PONTOS	9
TOTAL: 14 PONTOS	8
TOTAL: 14 PONTOS	7
TOTAL: 14 PONTOS	6
TOTAL: 14 PONTOS	5
TOTAL: 14 PONTOS	4
TOTAL: 14 PONTOS	3
TOTAL: 14 PONTOS	2
TOTAL: 14 PONTOS	1
TOTAL: 14 PONTOS	0

ENSÉA DE QUEIMADURAS
ESTÍMULO DA ÁREA CORPORAL

QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU
Quanto maior o ferimento maior é a profundidade que atinge o tecido



PRIMEIRO GRAU
São as queimaduras mais superficiais. Devesas queimaduras que atingem a epiderme e a derme, sem atingir a gordura subcutânea.



SEGUNDO GRAU
Causa a destruição da epiderme, mas parte da derme permanece intacta. A derme é a parte que protege a pele e que é capaz de regenerar a pele.



TERCEIRO GRAU
Todas as camadas que protegem a pele e a derme são destruídas. A pele é morta e não consegue regenerar.



QUARTO GRAU
São as queimaduras mais profundas que atingem a pele, desidratada e carbonizada. Mórtida até os ossos, podendo causar a morte.

$$NR \text{ gotas/min} = \frac{V_t (ml)}{T(h) \times 3}$$

$$NR \text{ microgotas/min} = \frac{V (ml)}{T (h)}$$

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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

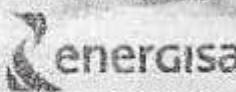
BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010033269-2

Nr. da Autenticação 3E4C291EB6F0A5C7

RAIMUNDA RODRIGUES MIGUEL
RUA PROJETADA 544 - CENTRO
DIAMANTINA / MG CEP: 59994-000 (AG: 154)



ENERGIA PARA VIDA - DISTRIBUIDOR DE ENERGIA SA
Estrada Km 25 - Cachorro Preto - João Pessoa / PB - CEP: 58071-000
CNPJ: 00.000.102/0001-40 - Insc. Est: 16.015.829-0

Site: www.energisa.com.br | Cód. para DAA: Automatizado: 00007723848

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANE
Abr / 2019	12/04/2019	14/05/2019	028.196.214-01

UC (Unidade Consumidora): **5/732254-8**

Canal de contato:

Declaração de Outorga de Ato de Debêto
Conforme preceituado na Lei 12.107 de 28 de julho de 2009,
informando a ausência de débitos referentes aos últimos
trinta (30) meses, relativos a fornecimento de energia elétrica, dessa unidade
consumidora, entre os anos de 2016 e nos anos aces-
tores. Esta declaração substitui, para efeitos do ato de
comprovação, as declarações de consumo, as que-
tações dos faturamentos e mensais dos débitos de energia
a que se refere, e dos anos anteriores.

Ja conecte os nossos perfis nas redes sociais? Diga a gente no
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 14/03/19	Leitura: 8327	Data: 12/04/19	Leitura: 5394	1 87 28
Demonstrativo				
Cód. Descrição Quantidade Tarifa Vlr. Bás. IVA. Ajust. Ajust. Bás. Cac. Pej (R\$) Índice (R\$)				
0801 CONSUMO EM kWh	67.600,00	0,029610	59,59	0,00 25 12,80 65,98 0,00 2,77
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUV PÚBLICA	4,41	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2019	0,20	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 03/2019	1,99	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,22	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

CCJ: Código de Classificação do Item - TOTAL
Tabela de Tributos: 0.811170

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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)

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pela exposta, eu Edilson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sebastião Rodrigues Miguel Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039 396 261 62

do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Sebastião Rodrigues Miguel

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039 396 261 62, 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 Eurálio Figueiredo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Taperoá</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>edilson.morais.1990@gmail.com</u>			CEP:	<u>58780000</u>

Local e Data: Taperoá 15/05/2019

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
04 JUL 2019
PROJULIO,
AG. JOÃO PESSO

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09
 NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA
 END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183
 MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 23/01/1981 Idade: 38 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M
 Mãe: RAIMUNDA CANDIDO

Profissão: AGRICULTOR(A)

Documento:

Endereço: RUA JOSE LUIS DE FRANÇA

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: DIAMANTE - PB - 58994000 - 250560

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 708903785643618

CADASTRO:

Data e Hora da impressão da ficha: 08/04/2019 15:14:06

363006

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de que
 de moto com
 fractura no antebraço
 e fratura E

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Foi medicado com Ty/oty
 + Deprome

RESULTADOS

CEPIONISTA: HDI

1.

2.

3.

4.

 01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA

CARÁTER D

 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS

PROCEDIMENTO

DIAGN

MEDICAÇÃO:

 1. PRESCRITA OBSERVAÇÃO 2. APLICADA OUTRO HOSPITAL

SERVIÇOS REALIZADOS: C

- 1.
- 2.
- 3.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) A

Lúcia da Fátima D. Lem

MEDICO CRM 2000

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	38587	PRONTUÁRIO	21790
DATA	09/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA		
MÉDICO	JOÃO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL	IDADE	38a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	RAIMUNDA RODRIGUES MIGUEL		
FILIAÇÃO II	LUIZ CLEMENTINO MIGUEL		
CIDADE	DIAMANTE	PB	58994000
ENDERECO	RUA JOSE LUIZ DE FRANCA S/N		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	GLÓRIA DE DOURADOS	CELULAR	83987603247
EFONE			
C.N.S.	708993785543618	IDENTIDADE	2477865
C.P.F.	039.396.764-62	REG. NAC.	
NASCIMENTO	23/01/1981	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL Ass. Resp./Paciente *Franzimiele F. Miguel da Silva*
ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*paciente vítima de trânsito
com tuberculose*

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

cor + sputo para ms

VANOS

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Exame da ferida da cicatriz

CID

DADOS DA SAÍDA

Data

09/04/19

Hora

10h50

Min

55

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CHES	2605473	CNPJ 08.778.268/0023/76		
NOOME	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORACIO NOBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	BRANCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR.			
PACIENTE	SEBASTIÃO RODRIGUES MIGUEL			
NOOME SOCIAL	RAIMUNDO RODRIGUES MIGUEL	FILIAÇÃO II	LUIZ CLEMENTINO MIGUEL	
NASCIMENTO	23/01/1981	IDADE	38a 2m	COR PÂRDOS GÊNERO M
PROFISSÃO	AGRICULTOR			
ENDEREÇO	RUA JOSE LUIZ DE FRANCA	nº	BAIRRO	CENTRO
CIDADE	DIAMANTE	U.F PB	CEP	58994000
TELEFONE			CELULAR	83987603247
CNS	708903785643618	R.G	CPF	039.396.764-82 REG. NASC.
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO			
F.A.A	38575	PRONTUÁRIO	21790	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MMAIA	
DATA	09/04/2019 Horário: 17:37	TIPO DE SERVICO	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
CARATER	02 -URGÊNCIA			
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	TRANSP OUTROS ORGÃOS PÚBLICOS			
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO: _____ P.A: _____ X mmHg TEMP: _____

ANAMNese EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame de rotina
auscultação (P) + (C)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

min

DIAGNÓSTICO

Influenza aguda moderada (P)

CID

PROCEDIMENTO (DESCRÍCION)

Exames para excluir (C)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

Intervenções hospitalares

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAJMENTO PELO SISTEMA TNR

0301050079

De: () TNR
Oncohematologista () TNR
Data: () TNR
Assinatura: () TNR

CBO

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SC BASTIÃO RODRIGUES M. S. S.</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>17/4/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>GRANDEZ J. S.</u>	1º Auxiliar <u>JUNIOR</u>	
Anestesia <u>ANEST. G.</u>	Tipo de Anestesia <u>bloq. perito</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FRATURA SATORIUS ANTE. DIR.</u>		
Tipo de Cirurgia <u>OS TESSEROLISE ANTE. DIR.</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>O MESMO</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radioiográfico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia <u>NON</u>		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Táctica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

① Gastroscopio n.º 3. ② Apercção e extirpação ③ Bloco
 para o colo e abdome. ④ Sutura universal. ⑤ Perna
 do n.º 10 com placas n.º 1000 das fundas ⑥ Sutura
 ⑦ Abdome lúfaco n.º 1000 distal com fio n.º 1
 fio n.º 1 ⑧ Oito esterilizados

S. S. S.

GT:	LEITO:	CONVENIO:	DATA:	REGISTRO:
16	04	S+5	38/000	21790.
ORURGIA:			CRUZAMENTO:	
ANESTESIA:			ANESTESISTA:	
Raque			Dr. René	
INSTRUMENTADORA:			INICIO:	
Externa			15-06-2014	15:30
				17:00

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	<input checked="" type="checkbox"/>	Equipos p/ soro e sangue
	TX. Espátula		Scalp
	TX. Bomba de infusão	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de Sistur
	TX. Monitor Célio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Sala	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Colímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrôdos desc.
	Neosin	<input checked="" type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 16cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
<input checked="" type="checkbox"/>	Thiopental 200 mg		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg	<input checked="" type="checkbox"/>	Dreno Penrose
	Xilestesin 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Torax
<input checked="" type="checkbox"/>	Xilocaina 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Esparradrapo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketsia	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI Tintura
	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexist 0,5 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	Algodão Hidrófilo
	Flúor		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sulfato		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	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
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Cefalosporina Clorogena		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dutal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciprona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 3000 UI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Thiot		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amiodarona 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Rágua Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abacate 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		

Nome do Paciente: Sebastião Rodrigues de queiroz		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: 15/05/2019	Enf.:	Leito:
Cirurgião: Dr. Bento	1º Auxiliar:	Dr. Drigo
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:		Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré- Operatório: Fistula de rádio fistulosa com desvio vocal.		
Tipo de Cirurgia: TTO curúfico		
Diagnóstico Pos- Operatório: O mesmo -		
Relatório Imediato do Patologista: —		
Exame Radiológico no ato: Síntese		
Acidente Durante a Cirurgia: —		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em DDT sob anestesia.
- 2) Garrotamento com faixa de stomach.
- 3) Aquecimento.
- 4) Colocação de campos curúficos.
- 5) Inversão vocal.
- 6) Drenagem no pleura.
- 7) Reduzir + fixar com placa de apoio
Velcro + fios K.
- 8) Limpeza.
- 9) Sutura.
- 10) Ausculto 11) Tafé.

PACIENTE:	Sébastião Rediniano Miguel				
QT:	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE:	REGISTRO:	
	3604	SVS	38	21780	
CIRURGIA:	Trat Cir. Frat. Frádios D		CIRURGIAO:	Dr. Fernando Freixá	
ANESTESIA:	Bisgáusio		ANESTESISTA:	Dr. Augusto	
INSTRUMENTADORA:	DATA:		INÍCIO:	FIM:	
George	17/10/03		08:00		

GOVERNO
DA PARAÍBA
Ganhe 10%

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 24
X	TX. Monitor Cárdio-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	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
T	Quetamina		Sonda Uretral
F	Paracetamol		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufento		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha 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
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
T	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
I	Dixat		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
I	Rilexit		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
I	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		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
	Abbocone 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
I	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
I	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Fio de Kortenow n. 0,25

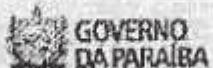
FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 15/04/19

Nome: Sebastião Fernandes Alves
Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial P脉: _____ Respiração: _____
Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemias: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Urina: _____
Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____ Eletrotardiograma: _____
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: Confuso Alucinóicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: Urtiga Peijol Estado Físico: _____ Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Anest esia Anter ior	Anest esia Actua	INODUÇÃO	
		Satisf	Excit
Anest esia Actua	Anest esia Actua	Laringo Espasmo	Lenta
		Náuseas	Vômitos
Anest esia Actua	Anest esia Actua	MANUTENÇÃO	
		Anestesia Satisf. Sim	Não
Não, porque?			
DESPERTAR			
Reflexos na SO		S	
Obstr. CO2		Excit.	
Náuseas		Vômitos	
Outros			
Com cânula			
para o leito sim		não	
Simulados e Anotações			

Posição: Coluna 2102
Agentes: Aladar 2102 Cânula: _____
Técnica: Braço SUSP 1519543 Operação: Foto 662
Cirurgiões: SES/OMC Anestesiistas: A. M. M. S. L.



¶ 19: Generalities

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 09/09/19 Hora 13 h 32 Genero MC 38.000

Nome / Nome Social: Jéssica Rodrigues Nogueira

Original: *Paratol* *Adol* *de* *esperanza*

Regulado? () Sim () Não

Questão principal/História social da desonça/Início das tentativas

Encaminhado? Sim Não

Motivo do atendimento:

Cliente Dr. Spurte

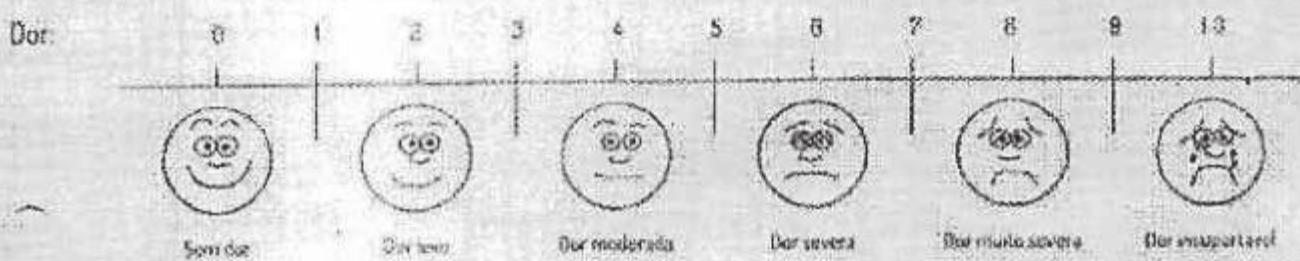
Transporte de enzimas en gatos jóvenes

Alergia? () Não () Sim

Uso de medicação? () Não () Sim

Doença prévia? (A NÃO () SIM

Temp. °C Pulse bpm Resp. bpm SpO₂ % PA 110/80 mmHg HGT mg/Dr



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

Especialidade Médica Ortopedico

Acompanhante: SIM / **Acomp. (Setor Crítico):** SIM / **Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado):**

Acompanhado de menor de 18 anos ou maior de 60. Acompanhado p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Rafaela de Andrade Lopes
Enfermeira/Cientista

Paciente: Edson Lira Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: IP Lote: 04 Data: 2/10/14 :

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUÍ CARMÉIRO
 SECRETARIA DE
 ESTADO DA SAÚDE
 SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1.	① <u>metformina</u>	<u>1000 mg</u>	<u>1200 h</u>
2.	② <u>metformina</u>	<u>1000 mg</u>	<u>2000 h</u>
3.			
4.	③ <u>metformina</u>	<u>1000 mg</u>	<u>2200 h</u>
5.			
6.	④ <u>metformina</u>	<u>1000 mg</u>	<u>2400 h</u>
7.			
8.	⑤ <u>metformina</u>	<u>1000 mg</u>	<u>2600 h</u>
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

SINAIS VITAIS

Tax:	36°C	P:	bpm	Tax: 36°C	P:	bpm	Tax: 35,6°C	P:	bpm
R:	120	SpO ₂ :	%	R:	120	SpO ₂ :	%	R:	120
PA:	110	x	mmHg	PA:	120	x	mmHg	PA:	110
HGT:			mg/Dl	HGT:			mg/Dl	HGT:	
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:	ml

João Pedro Santos Ferreira
 Tel. 84 3209-0000
 CORREIO 543-820

Francisco Dantas da Silva
 416144-7C

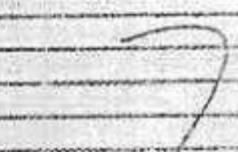
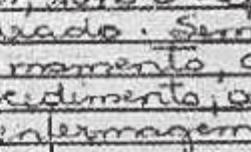
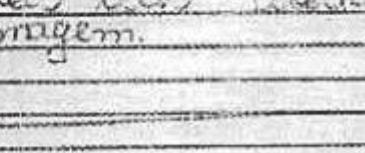
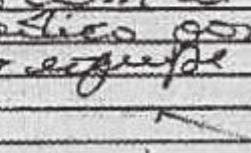
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
	<i>paciente evoluindo bem fazendo exames de rotina queixas de dor lombar</i>
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo de Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
<i>13.04.14 - paciente evoluindo bem, procedimento cirúrgico de P.T. de 11.04.14 operado SSV e admi- nistração medicamentosa conforme pre- crição.</i>	<i>13.04.14 - paciente evoluindo bem, procedimento cirúrgico de 11.04.14 operado SSV e admi- nistração medicamentosa conforme pre- crição.</i>
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Recorde-se que o CR é um período operatório de rotina dia/noite e repouso previdenciário, dista muito das suas necessidades normais, inspeito, afebril, sono tranquilo, sem náuseas, dor, cefaleia, eliminacões normais, respiração regular, pulso regular, pressão arterial baixa ± 3 dias (sic), sono e repouso preservado. Sem queixas no momento, aguarda o procedimento, os cuidados de enfermagem.</p>	<p>24h - Paciente encontra-se em repouso, comiente, orientado, calmo, hidratado, normocorado, normotônico, inspeito, afebril, dor, cefaleia, eliminacões normais, respiração regular, pulso regular, pressão arterial baixa ± 3 dias (sic), sono e repouso preservado. Sem queixas no momento, aguarda o procedimento, os cuidados de enfermagem.</p>
<p> Fábio Conceição Ferreira Enfermeira COREN-PB 391.373</p>	<p> Fabiano Mychel de Oliveira Nunes Enfermeiro</p>
<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
<p>Paciente com queixa de dor intensa na articulação do joelho, que descreve como forte, permanecendo 24h, com dificuldade de mobilidade e cuidado da enfermagem.</p>	<p>paciente com queixa de dor intensa na articulação do joelho, permanecendo 24h, com dificuldade de mobilidade e cuidado da enfermagem.</p>
<p> Sueli da Conceição Santana COREN-PB 1168478</p>	<p> Maria Vitoria Técnico em Enfermagem COREN-PB 943571</p>
<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



卷之三

SUS
SUS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



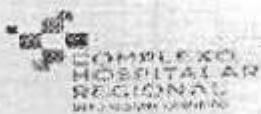
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem



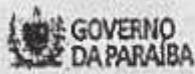
第四单元
口语交际

983 8-34

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



卷之三

卷之三

Paciente: Gibal F. G.

Setor/Enfermaria: 16

Leito: 04

Diagnóstico:

Data: 12/10/19 -

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCOR

- 1.
2. (1) Duto Caudal
- 3.
4. (1) Scalp Hepatizado
- 5.
6. (1) Dripo 1/4mp 106165
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
11. ~~Dr. Silviano J. Souza
Ortopedista - Cirurgião
CRM 32177 - TECI 7518~~
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.
- 21.
- 22.
- 23.

12 13 14 15 16

Janduhy
no perno

Visita Médica: Data

SINAIS VITAIS

06:00 h

12:00 h

18:00 h

Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	100	x 60	mmHg	PA:	100	x 10	mmHg
HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl	
Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:		ml	

Dr. Silviano J. Souza
Ortopedista - Cirurgião
CRM 32177 - TECI 7518

Nome: Dr. Silviano J. Souza
CRM: 32177 - TECI: 7518

paciente: Sebastião Modujas Diagnóstico:
 Setor/Enfermaria: Leito: Data: 15/10/12

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANOUHY CARNEIRO

PREScrição MÉDICA

		HORÁRIOS	INTERCORS
1. Dete líqu aps RPA			Solutu 10
2.			
3. Etih, 1000 ml (2)		17 20	
4.			
5. Cefalotin 6 fm, (2) 6/6 hr		18 24 00	
6.			
7. Cisalust 5 fm, (2) 6/6 hr		18 24 00	
8.			
9. Cetil 400 mg fm, (2) 01x01p		19 04 FC	
10.			
11. Ivermectina 100 mcg fm, (2) 8/8h 3/0		21 00	
12.			
13. Quiperzol 400 mg fm, (2) 01x01p		06 FC	
14.			
15. Nauseoton fm, (2) 8/8h 3/0		12 00 FC	
16.			
17. Sustaca			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

Dr. Sébastião Modujas
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 0131 CRM/PB 7024

Visita Médica: Da

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax: 36,6 °C	P:	bpm	
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	x		mmHg	PA: 100	x	60	mmHg
HGT:		mg/Dl		HGT:			mg/Dl	HGT:			mg/Dl
Diurese:		ml		Diurese:			ml	Diurese:			ml

celiane
 10/10/2012

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEF. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

GOVERNO
DA PARAÍBA

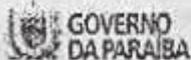
517

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
19hs - Paciente proveniente da Unidade Verde, com os dois três três immobilizados, menor HAS e DM. Seguindo cuidados da enfermagem	Manutenção queixa de que os andadores queimaram
<i>SL</i>	<i>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</i>
<i>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</i>	<i>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</i>
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
	09/04/14 - Paciente consultado. Orientado a administrar cada medicação com 10ml de líquido. Dicas: informar os efeitos e riscos aos cuidados de enfermagem
	<i>Assinatura e carimbo do Técnico</i>

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Paciente em ECR em peri-operatório, da ortopedia, sono e represso, restando, sem que se note momento nos cli- ados de sangue.</p> <p>?</p>	<p>20h - paciente evoluí em ECR, consciente, orientado, calmo, hidratado, normotensão, eufônico, cap- ital, diálise acida, elimina- ção vesical, paciente e inten- tional ausente há ± 5 dias (sic), sono e represso - pre- dicado. Poxa - se de dor, medicando (cpa), seguindo os cuidados de enfermagem - guardando procedimento cirúrgico.</p>
<p><i>Wanda Conceição Ferreira Enfermeira COREMEPB 381.573</i></p>	<p><i>Patrícia Machado Enfermeira COREMEPB 347041</i></p>
Assinatura e carimbo de Enfermeira	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
<p>16/04/19 - paciente em fase de trat. desaparecendo + trat. radiof. diam- etral, acetato central, sacroanal. Me- dicação administradas e aferidas em grande intensidade muscular.</p> <p>Ana Rubia de Oliveira Tec. Enfermagem Cada: 843.720</p>	<p>16/04/19 - paciente em ECR em fase de trat. diafase radiof. + trat. radiof. diametral. Sem queixa. segue os cuidados da equipe.</p> <p><i>José Alcione de Sousa e Silva COREMEPB 195114-1E</i></p>
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
 CLÍNICA CIRÚRGICA
 SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



51228

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
	11/14/1990 06h00m 66 P. no P.º 1º p.º 1º d.º 1º momento m.º 1º m.º 1º Seguir os cuidados da tiqui- pe Dra. ANESTESIA: Dr. A. Coala Endereço: Rua 1º de Maio, 222458 CNS 9400127804/078 Deputado
Assinatura e carimbo do Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Porcionar medicamentos E.G.R. Concentrante orientado. Recar- bular e Preparar infusão à mão de 500ml de dextroglu- cose e amoníaco a 11% e 10ml de Glicose e 10ml de fator de coagulação. Hidratado. Hidratado. Hidratado. Hidratado. Hidratado. Hidratado. Hidratado. Hidratado. Hidratado.	Reciente, novo E.G.R. Con- centrante. Orientado Pxi - Oxi- gênio medicamentos feitos conforme a Prescrição medicina nova e regular preservado naqueles que não são da tiquipe.
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Sebastião Rodrigues

Da Clínica: 07/09

A Clínica: Cir. 62

Enfermaria: 16
Leito: 09

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Doenças

Data: 11/09

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente O. Seba se encontra
de meio a meio ano com peso
Refúlio des do 70
kg mf.

TOXA NOVA

Gilsonny José Venzinio da Silva
Cirurgia Geral
CRM-PB 7507
CPF: 123.443.524-20

Data: 11/09

Assinatura do Médico Especialista

Paciente: Sebastião Rodrigues Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: 46 Leito: 04 Data: 16/02/19 - _____

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUHY CARNEIRO

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

Visita Médica: Data

SINAIS VITAIS								
06:00 h			12:00 h			18:00 h		
Tax: <u>36,4</u> °C	P: <u>70</u> bpm		Tax: <u>36,9</u> °C	P: <u>70</u> bpm		Tax: <u>36,7</u> °C	P: <u>70</u> bpm	
R: <u>12</u> irpm	SpO ₂ : <u>98</u> %		R: <u>12</u> irpm	SpO ₂ : <u>98</u> %		R: <u>12</u> irpm	SpO ₂ : <u>98</u> %	
PA: <u>110</u> x <u>70</u> mmHg			PA: <u>110</u> x <u>70</u> mmHg			PA: <u>110</u> x <u>70</u> mmHg		
HGT: <u>mg/Dl</u>			HGT: <u>mg/Dl</u>			HGT: <u>mg/Dl</u>		
Diurese: <u>ml</u>			Diurese: <u>ml</u>			Diurese: <u>ml</u>		

lúcia
 Lúcia Cambraia Rosas
 Tec. Enfermagem
 CREF05/0007

ana rubia
 Ana Rubia de Oliveira
 Téc. Enf. Radiologia
 Coren: 893.320

ana rubia
 Ana Rubia de Oliveira
 Téc. Enf. Radiologia
 Coren: 893.320

Paciente: Guilherme Diagnóstico: Acidose
 Setor/Enfermaria: Leito: Clínica Data: 24/09/19 -

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUÍ CARNEIRO

SECRETARIA DE
 ESTADO DA SAÚDE
 DA PARAÍBA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS											
1.	<u>11/10/19</u>	08											
2.	<u>11/10/19</u>	08											
3.	<u>11/10/19</u>	08											
4.	<u>11/10/19</u>	08											
5.	<u>11/10/19</u>	08											
6.	<u>11/10/19</u>	08											
7.	<u>11/10/19</u>	08											
8.	<u>11/10/19</u>	08											
9.	<u>11/10/19</u>	08											
10.	<u>11/10/19</u>	08											
11.	<u>11/10/19</u>	08											
12.	<u>11/10/19</u>	08											
13.	<u>11/10/19</u>	08											
14.	<u>11/10/19</u>	08											
15.	<u>11/10/19</u>	08											
16.	<u>11/10/19</u>	08											
17.	<u>11/10/19</u>	08											
18.	<u>11/10/19</u>	08											
19.	<u>11/10/19</u>	08											
20.	<u>11/10/19</u>	08											
21.	<u>11/10/19</u>	08											
22.	<u>11/10/19</u>	08											
23.	<u>11/10/19</u>	08											

SINAIS VITAIS

06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax: <u>35,4</u> °C	P: <u>80</u> bpm	Tax: <u>36,8</u> °C	P: <u>80</u> bpm	Tax: <u>37</u> °C	P: <u>80</u> bpm	Tax: <u>36,4</u> °C	P: <u>80</u> bpm
R: <u>16pm</u>	SpO ₂ : <u>%</u>						
PA: <u>100</u> x <u>60</u> mmHg	PA: <u>100</u> x <u>40</u> mmHg	PA: <u>100</u> x <u>60</u> mmHg	PA: <u>100</u> x <u>40</u> mmHg	PA: <u>120</u> x <u>70</u> mmHg			
HGT: <u>mg/Dl</u>							
Diurese: <u>ml</u>							

Apresenta: taquicardia
taquipneia
confusão 943571

Observado: taquicardia
taquipneia

Observado: taquicardia
taquipneia

Notas: taquicardia
taquipneia
confusão 943571

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	38587	PRONTUÁRIO	21790
DATA	09/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL	IDADE	38a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO: Fratura com orelha (552.5)

CID-10: Fratura com (0) (máfise) (552.3)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Osteosíntese ossos (0) + (0) Placa + Parafuso

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Post 300.51 dias cura se fez

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Ambarstos ortopédicos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

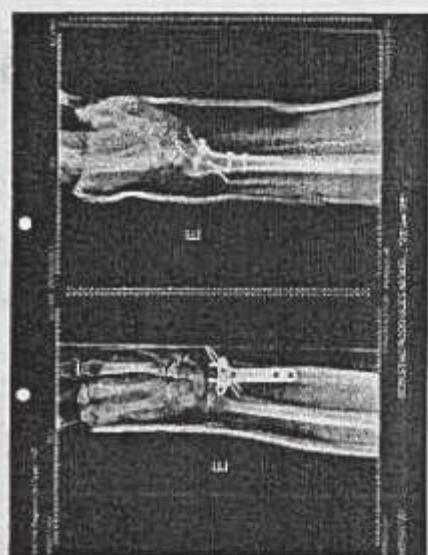
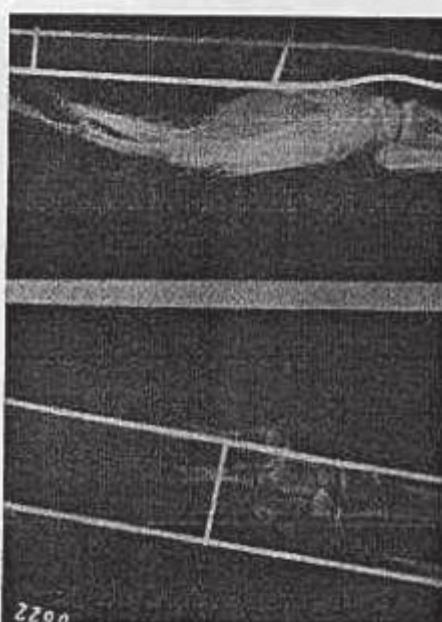
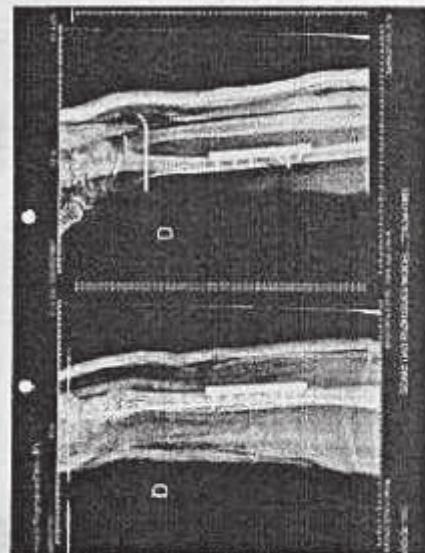
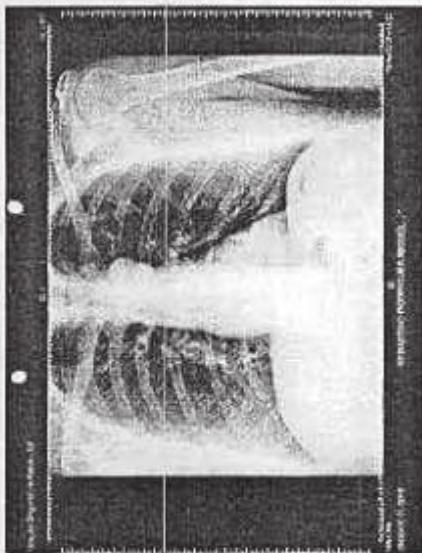
DESTINO Residência Atendimento domiciliar

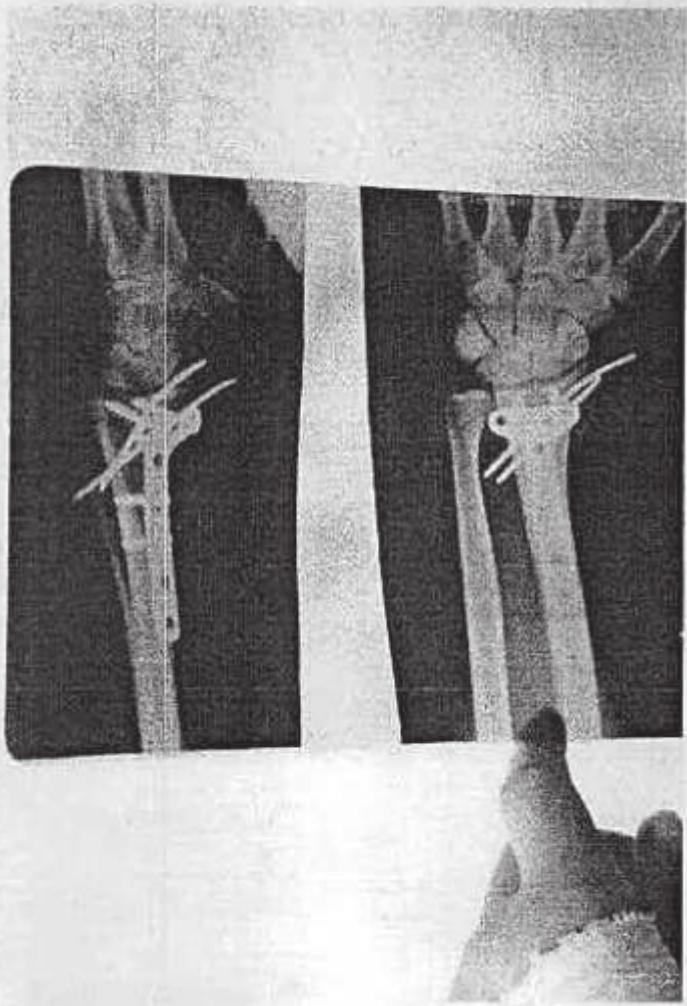
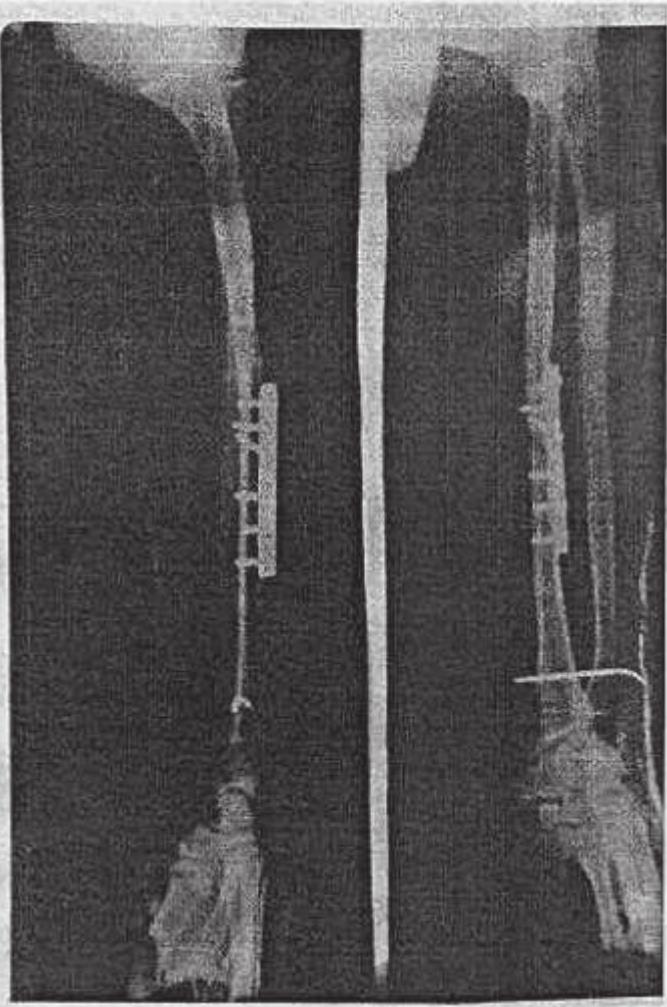
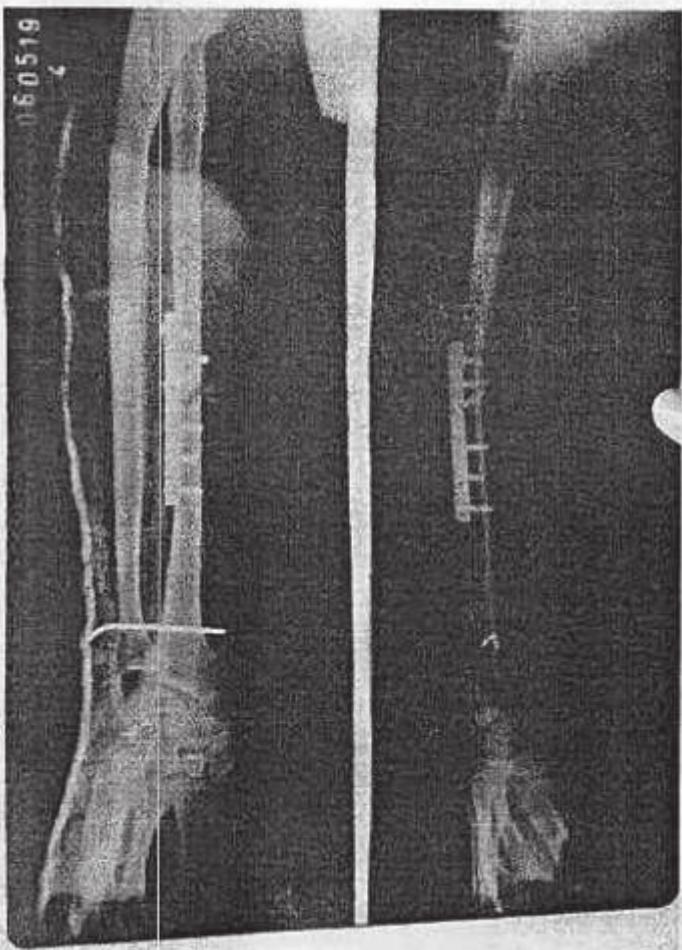
Transferência para _____

PATOS/PB, 18 DE 04 DE 2019

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451

MEDICO/CRM







CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 03 de julho de 2019.

BENEFICIÁRIO: Selvino Rodrigues Figueir
CPF: 039 396 764 62

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Selvino Rodrigues Figueir, portador do CPF: 039 396 764 62.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Sebastião Rodrigues Miguel*, brasileiro(a), estado civil *sócio*, profissão *operário*, residente e domiciliado à Rua *Raimundo Rodrigues Miguel* nº *S/N*, bairro *Centro*, Município de *Itaporanga*, Estado da (o) *Pernambuco*, Cep: *58.981.000*, portador(a) do RG nº *21.778.65*, I..... e CPF nº *039.396.764-62*.

Outorgado: *Sebastião Rodrigues Miguel*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *operário*, residente e domiciliado(a) à Rua *Augusto Figueiredo*, nº *22*, bairro *Centro*, Município de *Itaporanga*, Estado da (o) *Pernambuco*, Cep: *58.782.000*, portador (a) do RG nº *56.52.161*, I e CPF nº *039.214.064-09*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Sebastião Rodrigues Miguel*, ocorrido em *08/04/2019*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza *immatilez*, I

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA *14* de *maio* de *2019*.

X Sebastião Rodrigues Miguel
Outorgante
CPF Nº *039.396.764-62*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO FÓRUM DE ITAPORANGA

Av. Getúlio Vargas, 10 - Centro - Itaporanga
Fone: (81) 3445-1407 - E-mail: cartorioitaporanga@jus.br
Técnico: Alberto Barros de Souza

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de SEBASTIÃO RODRIGUES MIGUEL

Itaporanga/PB, 14 de maio de 2019.

Tab. Substituto: M^º do Socorro Costa Barros

Selo Digital: AIP08158-P01C

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol. R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEM R\$ 0,29

COMPREV
COMPREV SECURIS E PREVIDÊNCIAS/A
04 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. 1000 PESSOA
OFÍCIO
DE
NOTAS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225590/19

Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

CPF: 039.396.764-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL : 039.396.764-62

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: 04/07/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190412462 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. PG. 4,5
FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 26.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
MODERADA DO PUNHO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00