

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11554896

A/C: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459827 ASL-0322171/17
Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11580351

A/C: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Sinistro: 3170459827 ASL-0322171/17
Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11655568

A/C: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Sinistro: 3170459827 ASL-0322171/17
Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data Acidente: 21/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 0000028569-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.206.988 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 19/03/2004
 CPF 0(8)1978504-02 /CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSOU
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose do Nascimento Almeida, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e todo documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0733 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00028569-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

INGÁ, 15 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

x Jose do Nascimento Almeida

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose do Nascimento Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cha dos Pereiras, S/N
Zona Rural Inga PB CEP: 58380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3206988
Data local do exame: [04/09/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE E FRATURA DE FACE (ALVÉOLO DENTÁRIA). PERDA DE QUATRO DENTES INCISIVOS SUPERIORES. AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, REFERE TONTURA, CEFALÉIA, DOR E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
EVOLUI COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, REFERE QUEIXAS DE TONTURA E CEFALÉIA, DOR E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
Data da alta: 10/01/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA DOS FERIMENTOS, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA FRATURA DA FACE, RESULTADO INSATISFATORIO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS, DOR E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | |
| % do dano: (☒) 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



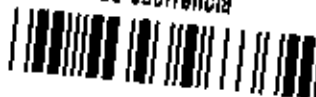


SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO ESTADO
9ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SEDE ITABAIANA
32ª DELEGACIA INTEGRADA DE POLÍCIA CIVIL INGÁ

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
ACIDENTE

Nº222/2017

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de nº **222/2017**, que passamos a transcrever na íntegra: Aos TREZE de Abril de 2017, nesta cidade de Ingá, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Bel. **RICARDO ROLIM RAMALHO**, Delegado de Polícia Civil Plantonista, comigo Policial Civil, por volta das **12h: 05min.**, compareceu o Sr(a). **JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA**, Brasileiro (a), casado, encanador, Ensino Médio Completo, natural de Ingá-PB, nascido (a) em 17/11/1987 com 29 anos de idade, filho(a) de Silvano de Andrade Almeida e de Severina Romão do Nascimento, Carteira de identidade nº 3.206.988 SSP-PB, CPF de número 081.978.504-02, residente no(a) no Sítio Chã dos Pereiras, Zona Rural de Ingá-PB, telefone 83 9 8712 5798. O qual noticiou:

Que o (a) **NOTICIANTE** compareceu a esta Delegacia para relatar que no dia 21/10/2016, por volta das 19h00min, estava entrando na via que dá acesso ao Sítio Chã dos Pereiras, Zona Rural de Ingá/PB em sua motocicleta HONDA/NX 200, ano 1998/1998, de cor verde, placa MNS 1066/PB, Chassi 9C2MD270WWR003829, em nome do noticiante, quando colidiu com dois transeuntes que estavam no meio da via; QUE com a colisão, o noticiante e os dois transeuntes saíram bastantes machucados; QUE o noticiante diz que foi socorrido pelo SAMU da cidade de Ingá/PB, para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, ficando aproximadamente 05 dias internado; QUE fraturou o maxilar, quebrou 04 dentes superiores, cortou o lábio superior, lesões no joelho e varias escoriações por todo o corpo; QUE ficou com sequelas no joelho e nos dentes. Nada mais disse nem foi lhe perguntado.

O signatário ficou ciente nesta DISP que qualquer declaração falsa implicará nas normas do art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). O referido é verdade e dou FÉ. Essa Certidão de Ocorrência Policial tem a validade de 30 a partir da data abaixo citada.

Ingá-PB, 13 de Abril de 2017

JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA
Noticiante

Vitor Prado Freire
Agente de Investigação
Mat. 155.700-9 SEDS/PB

Delegacia de Polícia Civil de INGÁ
Endereço: Rua Getúlio Vargas, n.º. 69. Bairro: Centro – Ingá-PB
CEP: 58.300-000, Fones : (83)3394-2301



DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, **JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA**, brasileiro, casado, portador do RG. 2.206.988-SSP/PB, e CPF. 081.978.504-02, residente no sítio Chã dos Pereiras, s/nº – na Areia Rural da cidade de Inga-PB..

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

- (X) Não há estabelecimento do IML no Município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com um prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, dessa forma, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Medico Legal – IML, concordando, desde de já, em me submeter a perícia médica a custa da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do inciso 1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

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

Jose do Nascimento Almeida

Assinatura do Declarante

Conforme documentação de identificação

INGA-PB, 19 DE JULHO DE 2017.

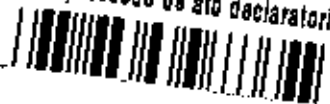
Local e data





**SAMU
192**

Comprovação de ato declaratório



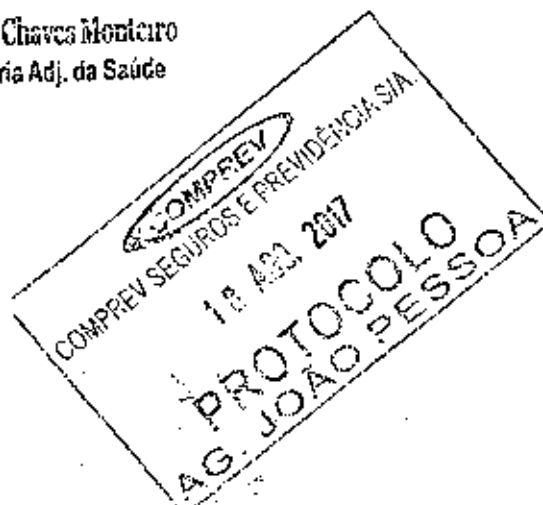
**SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
INGÁ-PB**

Declaramos para devidos fins que o paciente José do Nascimento Almeida, 28 anos, vítima de acidente motociclistico, foi socorrido pelo serviço de Urgência e Emergência 192 Ingá, na data 21 de Outubro de 2016 às 18h 50min e levado ao Hospital de Trauma de Campina Grande.

Ingá, 28 de Março de 2017

EZILÄENE CHAVES MONTEIRO SANTOS
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

Eziläene Chaves Monteiro
Secretária Adj. da Saúde



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000028569-0

Nr. da Autenticação F1C283EBC4712ACA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDARG nº 3.206.988, data de expedição 19/03/2004, órgão SSP-PB

CPF nº 081.978.504-02 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO CHÃ DOS PEREIRAS</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>INGÁ</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.380-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160</u>
E-mail	<u>RECUSOU</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: INGÁ - 15/08/2017Assinatura do Declarante: XJosé do Nascimento Almeida

ANALISE DO NASCIMENTO DISCISIO
BIT CHA DOS PEREIRAS, S/N - AREA RURAL
NOVA / PB CEP: 58380000 (AO: 113)



Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA TENSÃO QUIL MONTEFAS, R 200, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 18 - 89 - 783 - 5005 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: 000095531RQ Emissão: 28/06/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.085.183/0001-40 Inscrição: 10.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia (Energia M00): 428.209
Código para Débito Automático: 00018216494

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1626645-4

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

- Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE (Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002)

28/06/2017

Data prevista da próxima leitura

28/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

10270874411

Insc. ENEC

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Onda	Leitura	Data	Leitura
28/06/17	4428	28/06/17	4579

Constante	Consumo	Dias
1	110	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 500Wh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 1000Wh-BR	50	0,25097	12,54
Consumo - 101 a 2200Wh-BR	10	0,37031	3,70
Adc. B. Verneha			0,05
Subtotal			31,69
ICMS			18,79
PIB			0,73
COFINS			9,99

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	8,37
Devolução do Subtotal	-31,68

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	113
Abr/17	114
Mai/17	123
Jun/17	100
Jul/17	103
Ago/17	89
Sep/17	87
Out/17	88
Nov/17	74
Dez/17	87
Jan/18	98
Fev/18	104

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	71,40	77,00	18,78
PIB	71,40	1,0318	0,73
COFINS	71,40	4,7426	3,39

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

06/07/2017

R\$ 48,11

Multa dos últimos meses

69

RESERVAÇÃO AO FISCO

4296.0b42.9278.e36f.7e7c.015f.2874.efdb

Indicadores de Qualidade 4/2017 - Reche

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OC MENSA	11,58	
OC TRIMESTRAL	22,19	
OC ANUAL	48,79	
FC MENSA	7,87	
FC TRIMESTRAL	15,34	
FC ANUAL	30,68	
DACC	8,38	
DOCB	18,60	

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M da Energisa PB	8,28	13,01
Compra de Energia	7,30	15,30
Serviços de Transmissão	0,43	0,89
Encargos Setoriais	2,27	4,72
Encargos Gerais e Encargos	31,78	66,02
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	48,11	100,00

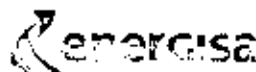
Valor de EUSD (R\$ 4/2017) R\$ 13,96

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Tensão, tendo um desconto de R\$31,08



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 257A - ARIANTE
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100-000 (A33-401)



Emissão: 09/08/2017 Referência: Ago/2017 BR220 - KM 158 - Alca Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 3 - 401 - 1B3 - 3890 Nº medidor: 00008071234

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000-038-774
Cód. para Gêl. Autenticação: 00002420819

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago/2017	09/08/2017	06/09/2017	2784903443

UC (Unidade Consumidora): 4/242086-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/07/17	Leitura 4942	Data 09/08/17	Leitura 4943	
			1	101

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alg. Isonomia	Base Calc	Fat(R\$)	Coef(R\$)	
0801	Consumo em kWh	101,000	0,842140	84,95	84,95	27	17,51	84,95	0,79
0801	Adc. B Amarela			2,18	2,18	27	0,58	2,18	0,02
0801	Adc. B Vermelha			1,25	1,25	27	0,34	1,25	0,01

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0802	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0803	JUROS DE MORA 07/2017			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2017			1,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do bem TOTAL: 79,08 88,30 19,44 89,30 0,79 3,84

Média últimos meses (KWh) 147
VENCIMENTO 16/08/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 78,09

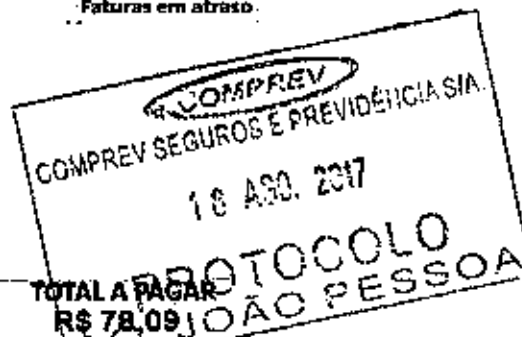
Histórico de Consumo (KWh)															
124	149	154	151	173	181	148	178	142	121	111	85				
Jun17	Jun17	Nov17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16	Nov16	Out16	Set16	Ago16				

ENDEREÇO DO FISCO
b707.24ab.489f.f9bd.095d.ec6d.623d.16b6

Indicadores de Qualidade				Comparativo do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
ONC TRIMESTRAL	5,31	0,00	NOMINAL 720	Serviços de Dist. de Energia	15,13	18,37
ONC ANUAL	10,82			Consumo de Energia	23,38	28,84
ONC MENSAL	21,25		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 231	Serviço de Transmissão	0,84	1,08
ONC TRIMESTRAL	3,30	0,00		Energias Geradas	0,00	0,00
ONC ANUAL	6,50			Impostos Ombos e Encargos	32,85	41,82
ONC MENSAL	13,20			Outros Serviços	0,00	0,00
ONC TRIMESTRAL	3,03	0,00		Total	78,09	100,00
ONC ANUAL	12,22					

Valor de EURO (em 8/2017) R\$ 21,17

ATENÇÃO
- Leitura confirmada Faturas em atraso



Energisa BORBOREMA
Roteiro: 3 - 401 - 1B3 - 3890
Métricas: 242086-2017-03-4

VENCIMENTO 16/08/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 78,09

Comprovante de residência



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

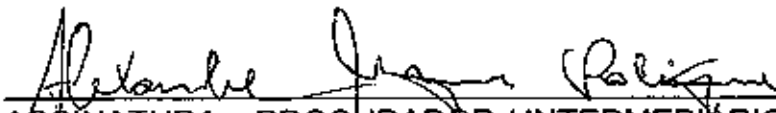
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

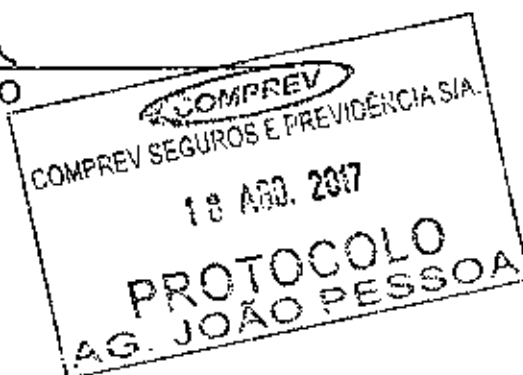
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES, portador(a) do RG nº 2.039.345, expedido por SSP/PB, em 26 / 11 / 2013, CPF/CNPJ nº 027.849.034-43, na qualidade de procurador(a) / intermediário (a) do beneficiário (a) JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Documentação médica - hospital



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		Paciente: <u>JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA</u>	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60		Data: <u>21/10/2016</u> Hora: <u>14h30</u>	
Nome: <u>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</u>		Médico: <u>TONALDO GONÇALVES</u>	
Endereço: <u>AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS</u>		Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>	
Município: <u>CAMPINA GRANDE</u> Estado: <u>PARAÍBA</u> UF: <u>25</u>		Médico Assistente: <u>JOÃO PEDRO</u>	
DADOS DO PACIENTE		ALERGIA: <u>NÃO</u>	
PRONTUÁRIO Nº: <u>1342808</u>		MEDICAMENTOS: <u>NÃO</u>	
Nome: <u>JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA</u> Sexo: <u>MASCULINO</u>		PATOLOGIAS: <u>NÃO</u>	
Profissão: <u>AGRICULTOR</u> Documento: <u>3205888</u>		EXAME FÍSICO: <u>NÃO</u>	
End: <u>STICA DOS PEREIROSI</u> Bairro: <u>ZONA RURAL</u>		PUPILAS: <u>2</u> (1) Esquerda (2) Direita	
Município: <u>INGA</u> Estado: <u>PARAÍBA</u>		CORACÃO: <u>2</u> (1) Esquerda (2) Direita	
Data Atendimento: <u>21/10/2016</u> Código do Município: <u>250400</u>		RESPIRATÓRIO: <u>2</u> (1) Esquerda (2) Direita	
Mecanismo do Trauma: <u>ACIDENTE DE MOTO</u>		VIA DIGESTIVA: <u>2</u> (1) Esquerda (2) Direita	
LOCAL DA LESÃO (identifique a lesão com o número correspondente ao local)		VIA URINÁRIA: <u>2</u> (1) Esquerda (2) Direita	
		EXAMES SOLICITADOS: <u>NÃO</u>	
1. Abordagem 2. Amiotomia 3. Avulsão 4. Contusão 5. Craniotomia 6. Dor 7. Edema 8. Encefalograma 9. Exatidão subcutânea 10. Exatidão profunda 11. Exatidão 12. F. Abordagem 13. F. Abordagem 14. F. Abordagem 15. F. Abordagem 16. F. Abordagem 17. F. Abordagem 18. F. Abordagem		19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hematoma 22. Ingestão de veneno 23. Laceração 24. Lesão tendão 25. Luxação 26. Mordedura 27. Mordedura 28. Objeto enfiado 29. Otorrinograma 30. Periclitagem 31. Periclitagem 32. Periclitagem 33. Periclitagem 34. Periclitagem 35. Periclitagem 36. Periclitagem	
OBS: <u>NÃO</u>		Especialista: <u>ORTOPEDIA</u>	
QUINADURA: Superfície corporal lesada: <u>0</u> 1º grau <u>0</u> 2º grau <u>0</u> 3º grau <u>0</u>		MÉDICO SOLICITANTE: <u>JOÃO PEDRO</u>	
DIAGNÓSTICO / CID: <u>86.00</u>		PROCEDIMENTOS REALIZADOS: <u>NÃO</u>	
		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

COMPREV
18 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José do Nascimento Almeida		
End:	St - Frei dos Pontes	Bairro:	Zona quínta
Data de Nascimento:	7/11/87	Documento de Identificação:	11001 PPS
Queixa:	Ad - do	Data do Atend.:	21/10/16
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	21:30

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

21/10 23:59

TCB EV 3M

PD = SPB fnt & f. 80%

& v. n. t. & e. n. t.

a. v. n. t. = non

e. n. t. = non

AUA n. e. n.

M. Quilina
CP 13.573
L. 13.573
13.573 13.573

DESTINO DO PACIENTE: 1 1 35 14

- () Centro cirúrgico: _____ () Alta hospitalar { () A reavali
() Internação (setor): _____ () Decisão médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____ () Óbito

X Silvanio do Nascimento Almeida

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

22/10/16

Parecer de Ortopedia

ORTOPEDIA

Paciente com história de
síndrome de mão caçula

- trauma na mão
- trauma na mão (s. 1.º)
- trauma na mão

(d. RA: s. 1.º e s. 2.º de fratura)

S. 1.º e s. 2.º de fratura

RA perf. 1.º e 2.º de fratura

Dr. Carlos Almeida Filho
Ortopedia - Hospital da Joazeiro
CNPJ 06.916.115/01
CPF 038.177.113-25



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose do Nascimento Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

254 237

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

37 JUL 1987

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ingá

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura aberta de fêmur.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

condição clínica / estado geral

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

análise clínica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura aberta de fêmur.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

BMT

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

28 - DOCUMENTO

1 - CNS 1 - OFCPT

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0301987944-013

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Sérgio Caldeira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/10/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Sérgio Caldeira R. Vianna
Cirurgia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNIE DA EMPRESA

39 - CBOA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

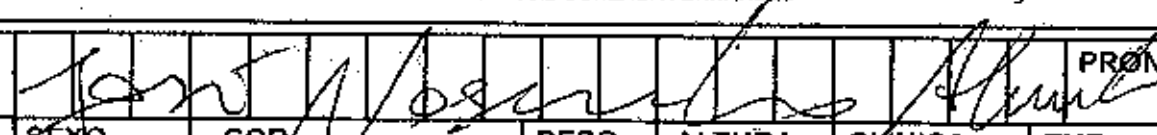
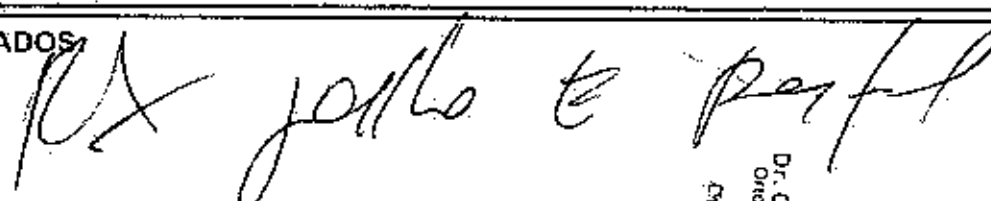
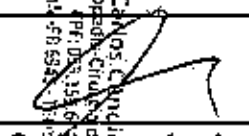
() CNS

() CPF

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

José Nascimento Almeida

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME:								PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:	
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐							
DADOS CLÍNICOS:									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS: 									
URGÊNCIA:	☐	ROTINA:		☐		 Carimbo e Assinatura do Médico			
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:							

RAIO X
REALIZADO EM:
22/10/16

Dr. Carlos Araújo Filho
Otorrinolaringologista
CRM-50.554-1/2007-23

NOME:	J	O	S	E		D	O		N	A	S	C		I	N	E	A	T	O		PRONTUÁRIO:
ALN:	D	A																			
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:							
	M	☐	F	☐	B	☐	P	☐	A	☐											

DADOS CLÍNICOS:

Trauma de face

RAIO X
REALIZADO EM:
22/10/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Ra de face. P.D.
REN FIL.

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Josef do Nascimento Almeida										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M ☒ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

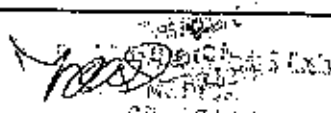
DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG Abdominal - FAST

ULTRASSOM
Realizada em
21/10/16

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 21/10/2016	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Jose do Nascimento Almeida</u>		23. 10. 16	
IDADE: <u>58</u>	SEXO: M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>23. 10. 16</u> às <u>8:50</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u> </u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u> </u>	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u> </u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u> </u>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL: <u> </u>	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPO TENSÃO ☐ NORMOPOTENSÃO ☒ HIPERTENSÃO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐	SVD ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VOC ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: <u> </u> T: <u> </u> FR: <u> </u> FC: <u> </u> PESO: <u> </u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>Excesso de movimento</u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u> </u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Processo infeccioso</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u> </u>	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u> </u>		
☐ NÁUSEA	CD/FR: <u> </u>		
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u> </u>	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u> </u>		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u> </u>		
☐ FICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR: <u> </u>	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u> </u>		
☐	CD/FR: <u> </u>		
☐	CD/FR: <u> </u>		
☐	CD/FR: <u> </u>		
Eliete da Silva		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO: <u>10-18</u>	ASSINATURA: <u> </u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<u>continua</u>		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u> </u>		
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u> </u>		



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Jose do Nascimento Almeida</u>			
IDADE: <u>28</u>	SEXO: M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>85</u> às <u>h</u>	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u></u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u></u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u></u>	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u></u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u></u>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL: <u></u>	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐	SVD ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VG ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u></u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u></u>		
☐ NÁUSEA	CD/FR: <u></u>		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u></u>		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u></u>		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR: <u></u>		
☒ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u>neq. no</u>		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
Eliete da Silva		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO	
CORREN. 369265			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>10</u> <u>18</u>	<u></u>
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>contínuo</u>	<u></u>
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>"</u>	<u></u>
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS RESPOSTAS DO PACIENTE.		<u>"</u>	<u></u>

[illegible]



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

PACIENTE:	José do Nascimento Almeida
DATA DO EXAME:	21/10/16

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.



Dr. Phydias L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FRATURAS ALGUMAS DENTÁRIA

Paciente: JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1. Dieta líquida 2. 500ml de soro fisiológico 3. 500ml de soro fisiológico 4. Vacina 1,5% EV 8h 5. Dor 100mg EV 8h 6. Dor 100mg EV 8h 7. Dor 100mg EV 8h 8. Dor 100mg EV 8h 9. Dor 100mg EV 8h 10. Dor 100mg EV 8h 11. Dor 100mg EV 8h 12. Dor 100mg EV 8h 13. Dor 100mg EV 8h 14. Dor 100mg EV 8h 15. Dor 100mg EV 8h 16. Dor 100mg EV 8h 17. Dor 100mg EV 8h 18. Dor 100mg EV 8h 19. Dor 100mg EV 8h 20. Dor 100mg EV 8h 21. Dor 100mg EV 8h 22. Dor 100mg EV 8h 23. Dor 100mg EV 8h 24. Dor 100mg EV 8h 25. Dor 100mg EV 8h 26. Dor 100mg EV 8h 27. Dor 100mg EV 8h 28. Dor 100mg EV 8h 29. Dor 100mg EV 8h 30. Dor 100mg EV 8h 31. Dor 100mg EV 8h 32. Dor 100mg EV 8h 33. Dor 100mg EV 8h 34. Dor 100mg EV 8h 35. Dor 100mg EV 8h 36. Dor 100mg EV 8h 37. Dor 100mg EV 8h 38. Dor 100mg EV 8h 39. Dor 100mg EV 8h 40. Dor 100mg EV 8h 41. Dor 100mg EV 8h 42. Dor 100mg EV 8h 43. Dor 100mg EV 8h 44. Dor 100mg EV 8h 45. Dor 100mg EV 8h 46. Dor 100mg EV 8h 47. Dor 100mg EV 8h 48. Dor 100mg EV 8h 49. Dor 100mg EV 8h 50. Dor 100mg EV 8h 51. Dor 100mg EV 8h 52. Dor 100mg EV 8h 53. Dor 100mg EV 8h 54. Dor 100mg EV 8h 55. Dor 100mg EV 8h 56. Dor 100mg EV 8h 57. Dor 100mg EV 8h 58. Dor 100mg EV 8h 59. Dor 100mg EV 8h 60. Dor 100mg EV 8h 61. Dor 100mg EV 8h 62. Dor 100mg EV 8h 63. Dor 100mg EV 8h 64. Dor 100mg EV 8h 65. Dor 100mg EV 8h 66. Dor 100mg EV 8h 67. Dor 100mg EV 8h 68. Dor 100mg EV 8h 69. Dor 100mg EV 8h 70. Dor 100mg EV 8h 71. Dor 100mg EV 8h 72. Dor 100mg EV 8h 73. Dor 100mg EV 8h 74. Dor 100mg EV 8h 75. Dor 100mg EV 8h 76. Dor 100mg EV 8h 77. Dor 100mg EV 8h 78. Dor 100mg EV 8h 79. Dor 100mg EV 8h 80. Dor 100mg EV 8h 81. Dor 100mg EV 8h 82. Dor 100mg EV 8h 83. Dor 100mg EV 8h 84. Dor 100mg EV 8h 85. Dor 100mg EV 8h 86. Dor 100mg EV 8h 87. Dor 100mg EV 8h 88. Dor 100mg EV 8h 89. Dor 100mg EV 8h 90. Dor 100mg EV 8h 91. Dor 100mg EV 8h 92. Dor 100mg EV 8h 93. Dor 100mg EV 8h 94. Dor 100mg EV 8h 95. Dor 100mg EV 8h 96. Dor 100mg EV 8h 97. Dor 100mg EV 8h 98. Dor 100mg EV 8h 99. Dor 100mg EV 8h 100. Dor 100mg EV 8h		1. Dor 100mg EV 8h 2. Dor 100mg EV 8h 3. Dor 100mg EV 8h 4. Dor 100mg EV 8h 5. Dor 100mg EV 8h 6. Dor 100mg EV 8h 7. Dor 100mg EV 8h 8. Dor 100mg EV 8h 9. Dor 100mg EV 8h 10. Dor 100mg EV 8h 11. Dor 100mg EV 8h 12. Dor 100mg EV 8h 13. Dor 100mg EV 8h 14. Dor 100mg EV 8h 15. Dor 100mg EV 8h 16. Dor 100mg EV 8h 17. Dor 100mg EV 8h 18. Dor 100mg EV 8h 19. Dor 100mg EV 8h 20. Dor 100mg EV 8h 21. Dor 100mg EV 8h 22. Dor 100mg EV 8h 23. Dor 100mg EV 8h 24. Dor 100mg EV 8h 25. Dor 100mg EV 8h 26. Dor 100mg EV 8h 27. Dor 100mg EV 8h 28. Dor 100mg EV 8h 29. Dor 100mg EV 8h 30. Dor 100mg EV 8h 31. Dor 100mg EV 8h 32. Dor 100mg EV 8h 33. Dor 100mg EV 8h 34. Dor 100mg EV 8h 35. Dor 100mg EV 8h 36. Dor 100mg EV 8h 37. Dor 100mg EV 8h 38. Dor 100mg EV 8h 39. Dor 100mg EV 8h 40. Dor 100mg EV 8h 41. Dor 100mg EV 8h 42. Dor 100mg EV 8h 43. Dor 100mg EV 8h 44. Dor 100mg EV 8h 45. Dor 100mg EV 8h 46. Dor 100mg EV 8h 47. Dor 100mg EV 8h 48. Dor 100mg EV 8h 49. Dor 100mg EV 8h 50. Dor 100mg EV 8h 51. Dor 100mg EV 8h 52. Dor 100mg EV 8h 53. Dor 100mg EV 8h 54. Dor 100mg EV 8h 55. Dor 100mg EV 8h 56. Dor 100mg EV 8h 57. Dor 100mg EV 8h 58. Dor 100mg EV 8h 59. Dor 100mg EV 8h 60. Dor 100mg EV 8h 61. Dor 100mg EV 8h 62. Dor 100mg EV 8h 63. Dor 100mg EV 8h 64. Dor 100mg EV 8h 65. Dor 100mg EV 8h 66. Dor 100mg EV 8h 67. Dor 100mg EV 8h 68. Dor 100mg EV 8h 69. Dor 100mg EV 8h 70. Dor 100mg EV 8h 71. Dor 100mg EV 8h 72. Dor 100mg EV 8h 73. Dor 100mg EV 8h 74. Dor 100mg EV 8h 75. Dor 100mg EV 8h 76. Dor 100mg EV 8h 77. Dor 100mg EV 8h 78. Dor 100mg EV 8h 79. Dor 100mg EV 8h 80. Dor 100mg EV 8h 81. Dor 100mg EV 8h 82. Dor 100mg EV 8h 83. Dor 100mg EV 8h 84. Dor 100mg EV 8h 85. Dor 100mg EV 8h 86. Dor 100mg EV 8h 87. Dor 100mg EV 8h 88. Dor 100mg EV 8h 89. Dor 100mg EV 8h 90. Dor 100mg EV 8h 91. Dor 100mg EV 8h 92. Dor 100mg EV 8h 93. Dor 100mg EV 8h 94. Dor 100mg EV 8h 95. Dor 100mg EV 8h 96. Dor 100mg EV 8h 97. Dor 100mg EV 8h 98. Dor 100mg EV 8h 99. Dor 100mg EV 8h 100. Dor 100mg EV 8h

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José do Nascimento Almeida										PRONTUÁRIO:	
											348	
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:		
	M	☒ F	B	P	A							

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
22/10/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio X de Joelho (E) AP/P
- Raio X de ombro (E) AP/P
- Raio X de antebraço (E) AP/P
- Raio X de fêmur AP
- Raio X de Pelve AP

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 21/10/2016	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

100

1. *Introduction*

63

56

100

1890

1. *Introduction*
 2. *Background*
 3. *Methods*
 4. *Results*
 5. *Discussion*
 6. *Conclusion*
 7. *References*
 8. *Appendix*
 9. *Tables*
 10. *Figures*
 11. *Supplementary Materials*
 12. *Correspondence*
 13. *Conflict of Interest*
 14. *Acknowledgments*
 15. *Author Contributions*
 16. *References*
 17. *Appendix*
 18. *Tables*
 19. *Figures*
 20. *Supplementary Materials*
 21. *Correspondence*
 22. *Conflict of Interest*
 23. *Acknowledgments*
 24. *Author Contributions*
 25. *References*
 26. *Appendix*
 27. *Tables*
 28. *Figures*
 29. *Supplementary Materials*
 30. *Correspondence*
 31. *Conflict of Interest*
 32. *Acknowledgments*
 33. *Author Contributions*
 34. *References*
 35. *Appendix*
 36. *Tables*
 37. *Figures*
 38. *Supplementary Materials*
 39. *Correspondence*
 40. *Conflict of Interest*
 41. *Acknowledgments*
 42. *Author Contributions*
 43. *References*
 44. *Appendix*
 45. *Tables*
 46. *Figures*
 47. *Supplementary Materials*
 48. *Correspondence*
 49. *Conflict of Interest*
 50. *Acknowledgments*
 51. *Author Contributions*
 52. *References*
 53. *Appendix*
 54. *Tables*
 55. *Figures*
 56. *Supplementary Materials*
 57. *Correspondence*
 58. *Conflict of Interest*
 59. *Acknowledgments*
 60. *Author Contributions*
 61. *References*
 62. *Appendix*
 63. *Tables*
 64. *Figures*
 65. *Supplementary Materials*
 66. *Correspondence*
 67. *Conflict of Interest*
 68. *Acknowledgments*
 69. *Author Contributions*
 70. *References*
 71. *Appendix*
 72. *Tables*
 73. *Figures*
 74. *Supplementary Materials*
 75. *Correspondence*
 76. *Conflict of Interest*
 77. *Acknowledgments*
 78. *Author Contributions*
 79. *References*
 80. *Appendix*
 81. *Tables*
 82. *Figures*
 83. *Supplementary Materials*
 84. *Correspondence*
 85. *Conflict of Interest*
 86. *Acknowledgments*
 87. *Author Contributions*
 88. *References*
 89. *Appendix*
 90. *Tables*
 91. *Figures*
 92. *Supplementary Materials*
 93. *Correspondence*
 94. *Conflict of Interest*
 95. *Acknowledgments*
 96. *Author Contributions*
 97. *References*
 98. *Appendix*
 99. *Tables*
 100. *Figures*
 101. *Supplementary Materials*
 102. *Correspondence*
 103. *Conflict of Interest*
 104. *Acknowledgments*
 105. *Author Contributions*
 106. *References*
 107. *Appendix*
 108. *Tables*
 109. *Figures*
 110. *Supplementary Materials*
 111. *Correspondence*
 112. *Conflict of Interest*
 113. *Acknowledgments*
 114. *Author Contributions*
 115. *References*
 116. *Appendix*
 117. *Tables*
 118. *Figures*
 119. *Supplementary Materials*
 120. *Correspondence*
 121. *Conflict of Interest*
 122. *Acknowledgments*
 123. *Author Contributions*
 124. *References*
 125. *Appendix*
 126. *Tables*
 127. *Figures*
 128. *Supplementary Materials*
 129. *Correspondence*
 130. *Conflict of Interest*
 131. *Acknowledgments*
 132. *Author Contributions*
 133. *References*
 134. *Appendix*
 135. *Tables*
 136. *Figures*
 137. *Supplementary Materials*
 138. *Correspondence*
 139. *Conflict of Interest*
 140. *Acknowledgments*
 141. *Author Contributions*
 142. *References*
 143. *Appendix*
 144. *Tables*
 145. *Figures*
 146. *Supplementary Materials*
 147. *Correspondence*
 148. *Conflict of Interest*
 149. *Acknowledgments*
 150. *Author Contributions*
 151. *References*
 152. *Appendix*
 153. *Tables*
 154. *Figures*
 155. *Supplementary Materials*
 156. *Correspondence*
 157. *Conflict of Interest*
 158. *Acknowledgments*
 159. *Author Contributions*
 160. *References*
 161. *Appendix*
 162. *Tables*
 163. *Figures*
 164. *Supplementary Materials*
 165. *Correspondence*
 166. *Conflict of Interest*
 167. *Acknowledgments*
 168. *Author Contributions*
 169. *References*
 170. *Appendix*
 171. *Tables*
 172. *Figures*
 173. *Supplementary Materials*
 174. *Correspondence*
 175. *Conflict of Interest*
 176. *Acknowledgments*
 177. *Author Contributions*
 178. *References*
 179. *Appendix*
 180. *Tables*
 181. *Figures*
 182. *Supplementary Materials*
 183. *Correspondence*
 184. *Conflict of Interest*
 185. *Acknowledgments*
 186. *Author Contributions*
 187. *References*
 188. *Appendix*
 189. *Tables*
 190. *Figures*
 191. *Supplementary Materials*
 192. *Correspondence*
 193. *Conflict of Interest*
 194. *Acknowledgments*
 195. *Author Contributions*
 196. *References*
 197. *Appendix*
 198. *Tables*
 199. *Figures*
 200. *Supplementary Materials*
 201. *Correspondence*
 202. *Conflict of Interest*
 203. *Acknowledgments*
 204. *Author Contributions*
 205. *References*
 206. *Appendix*
 207. *Tables*
 208. *Figures*
 209. *Supplementary Materials*
 210. *Correspondence*
 211. *Conflict of Interest*
 212. *Acknowledgments*
 213. *Author Contributions*
 214. *References*
 215. *Appendix*
 216. *Tables*
 217. *Figures*
 218. *Supplementary Materials*
 219. *Correspondence*
 220. *Conflict of Interest*
 221. *Acknowledgments*
 222. *Author Contributions*
 223. *References*
 224. *Appendix*
 225. *Tables*
 226. *Figures*
 227. *Supplementary Materials*
 228. *Correspondence*
 229. *Conflict of Interest*
 230. *Acknowledgments*
 231. *Author Contributions*
 232. *References*
 233. *Appendix*
 234. *Tables*
 235. *Figures*
 236. *Supplementary Materials*
 237. *Correspondence*
 238. *Conflict of Interest*
 239. *Acknowledgments*
 240. *Author Contributions*
 241. *References*
 242. *Appendix*
 243. *Tables*
 244. *Figures*
 245.

12
13
14
15
16
17
18

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: JOÃO DO NASCIMENTO ALBUQUERQUE Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22.10.16	1) Dato bucal 18-12-50. 2) Dato bucal 18-12-50. 3) Dato bucal 18-12-50. 4) Dato bucal 18-12-50. 5) Dato bucal 18-12-50. 6) Dato bucal 18-12-50. 7) Dato bucal 18-12-50. 8) Dato bucal 18-12-50. 9) Dato bucal 18-12-50. 10) Dato bucal 18-12-50.	18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50 18-12-50	TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO TRATAMENTO DE FASE DO NASCIMENTO

Dr. João do Nascimento
Cirurgião Bucal
CRO-PA 1234

Dr. João do Nascimento
Cirurgião Bucal
CRO-PA 1234

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura Alveolo dental

Paciente	Jose do Nascimento Almeida	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	----------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/04/66	1) Diet. P. Rico de Proteína 2) On. Cebecir a elevar a 30° 3) SF 0.9% 1000ml EV / alternada 15° SG 5% 500ml EV 15° 4) Quercina 4mg 2.5ml EV 15° 5) Vit. E 20mg O.P.A. EV 12/12h 15° 6) Minoxim 154 EV 6/6h 15° 7) Nipirax 100mg 100ml + 100ml ABO EV 15° 6/6h 15° 8) Nuxetraz 8mg O.P.A. EV 8/8h S/N DIF 15° 9) Vit. C + complexo B O.P.A. EV 12/12h 15° 10) SSUV + GCGG 15° 11) NOCEFV 1g 12/12h 15° 12) Higigine Oral 6x 100mg 15°		DIF 30° DIF 15° QANT + RASTA R MOTOCLUSTO EF. FARMACO + MINTAL F. U.B.O. SUPLENIR QUANTO HIGIENE ORAL PESSOAL
			(Co) 1) PRECIPITADO A SARA DE BOUTINA P. LUNETA 72h ODS FARMAC. 15° + SURTOS 2) Neoprogene Otophica Dr. FERNANDO PATRICIA Otorrinolaringologista RUA JOSE DE ALMEIDA 10000-000
			3) NUPROX 200mg 12/12h DE ALTA ARRA ALVISO DA ORTODONTIA Dr. FERNANDO PATRICIA Otorrinolaringologista RUA JOSE DE ALMEIDA 10000-000

1955

1955

1955

1955

1955

1955

1955

1955

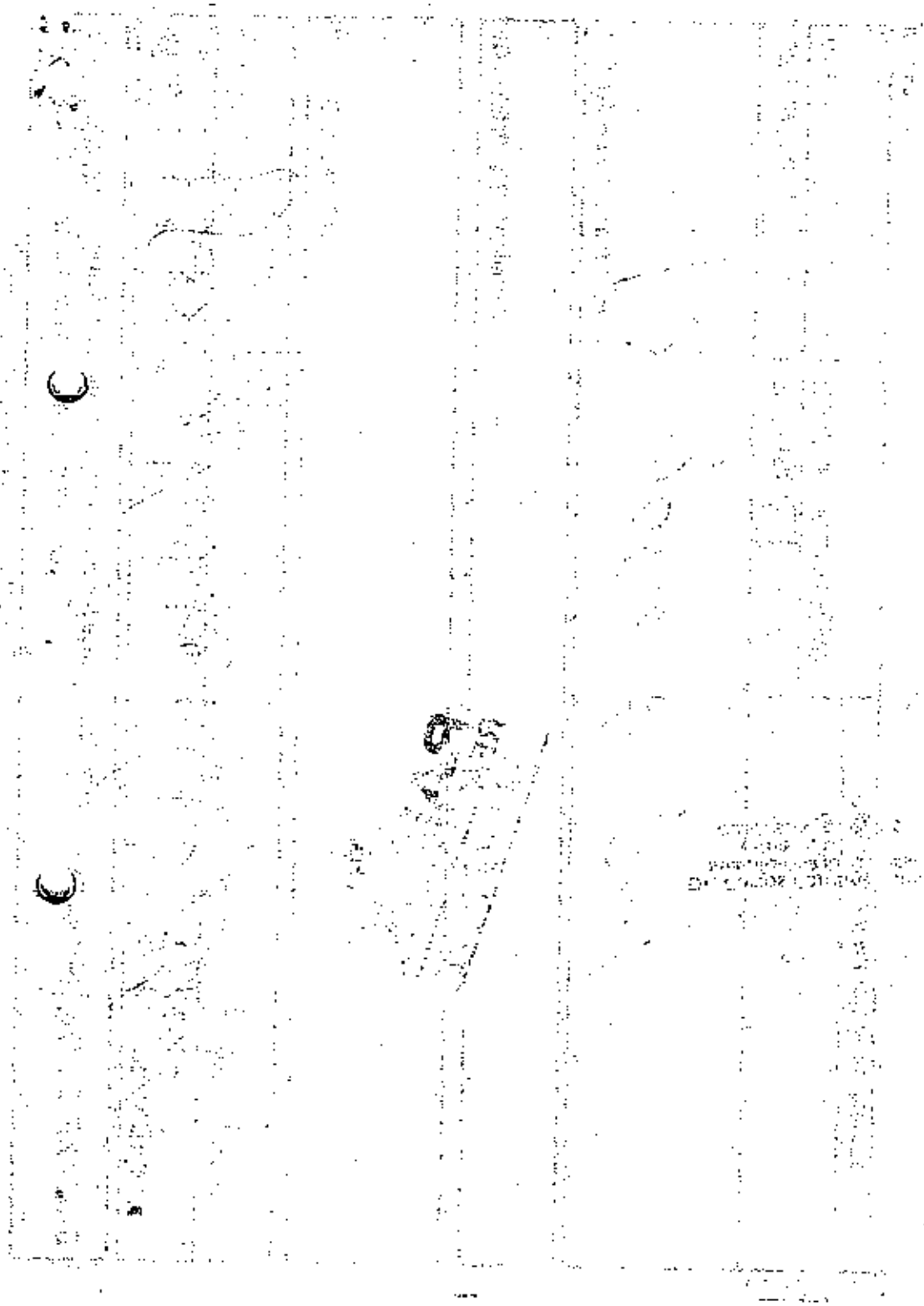
1955

1955

1955

1955

100



100

[illegible]

[illegible]



Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.
Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69
Rua Rodrigues Alves, 1580 - Bodocongó CEP: 58101-291
Campina Grande-Paraíba Fone: (83)3333-3000

Avaliação Audiológica

Emissão: 19/07/2017

WinAudio (#WAUDI218359)

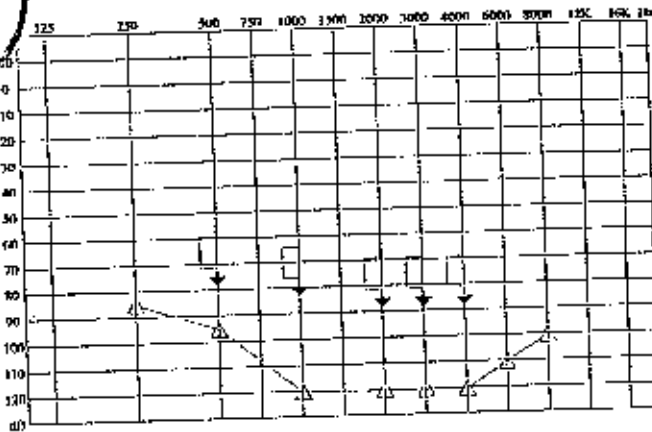
Data do Exame: 19/07/2017

Tipo Consulta: Particular

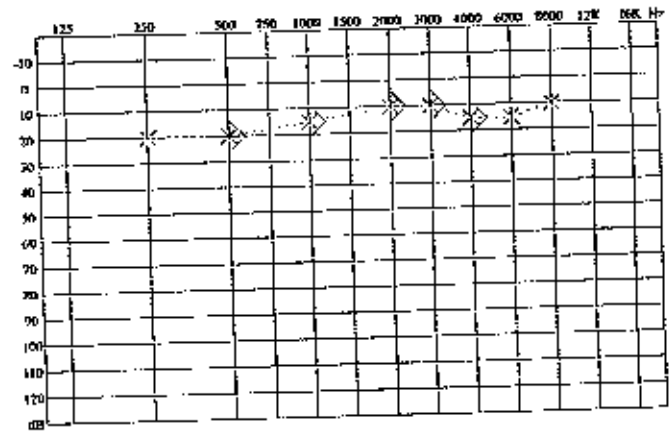
Funcionário/Paciente: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
Idade: 29 anos e 8 mes(es) Sexo: Masculino
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 05/08/2016)

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA

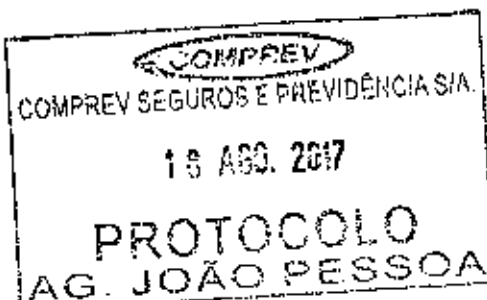


Mascaramento (em dB)

	VA / NB		VO		LOGO Quant
	Min	Max	Min	Max	
OD					
OE	50	60			

PARECER AUDIOLÓGICO

Límiars auditivos dentro dos padrões da normalidade na OE. Perda auditiva sensorioneural de grau severo a profundo na OD.



Assinatura: Andrezza R. Santos
CRF: 7567 Andrezza Rodrigues Santos
FONOAUDIOLOGA
CRE: 7567



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
Habilitada pelo TJPB para Laudos DPVAT

LAUDO CINETICO FUNCIONAL

José do Nascimento Almeida
Endereço: Sítio do Chã dos Pereiros, Zona Rural, Ingá, PB.

Data do Sinistro: 21 de outubro de 2016.
Acidente de Moto.

Socorrido para o Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Descrição da vítima: Queda de moto, com ferimento profundo no lábio superior e pancada na cabeça do lado direito.

Tratamento: conservador: através de limpeza suturas nos ferimentos no lábio superior e perca dentária.

Apresentou as seguintes sequelas:

Trauma de Face

- Audição lado direito comprometida Audiometria em anexo.
- Dificuldade de mastigar alimentos duros devido comprometimento da arcádia dentária.

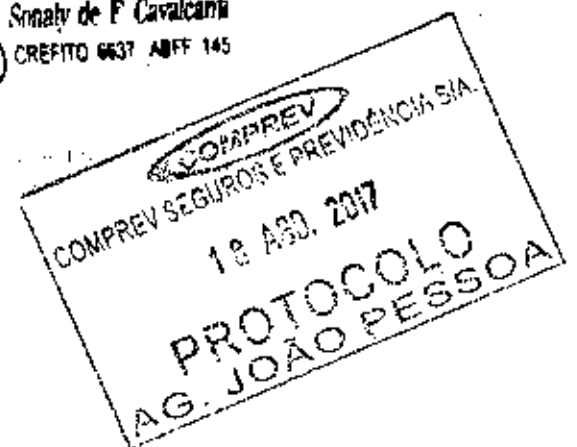
Conclusão: O grau da Incapacidade funcional atual é Leve em torno de 30% para o Trauma de Face. Com relação à Audição laudo da Audiometria.

Campina Grande, 20 de julho de 2017.

Sonaly de Fatima Cavalcanti

Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

Rua Otaviano Bezerra da Cunha, 81, Prata, Campina Grande, PB, Cel. 83.9.8801.8127





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DIP-66

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

José do Nascimento Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

206988 DATA DE EXPIRAÇÃO 19 MAR 2004

NOME JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA

FILIAÇÃO Silvando de Andrade Almeida
Severina Romão do Nascimento
Ingá-PB.

NATURALIDADE DE 17.11.1987
DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGIN. Cert. Nasc. nº 10.908 Fls. 051 Liv. A-12 - Cart. de Ingá-PB.

CPF

João Pessoa - PB *K. Moreira*
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 28/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

10.976.504-02

Nome
JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA

Nascimento



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

V-02
P-234

[Signature]
ACQUATRA DOUTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.039.345 -2 VIL EXPEDICAO 26/11/2013
NOME ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
FILIAÇÃO NEURI RODRIGUES DE SOUZA
MARIA DE LOURDES MARQUES RODRIGUES
NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 30/06/1977
DOC ORIGEM
NASC.N.0936 FL8.135 LIV.002
CARTORIO MASSARANDUBA-PB
CPF 027.849.034-43
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

A DETRAN - PB		Nº 013152827848	
C CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO		007006880664-007006880000-002027	
			
NOME DO NASCIMENTO ALMEIDA			
081978504062		MNS1066/PB	
MNS1066/PB		902MD270WPR03829	
PAS/MOTOCICLETA/NAO-APLICA			
HONDA/NX4000 MODELO		4000	
COT. UNICA		006/06/0000	
P		1º VENC. / COTAS	
V		0 PARCELAMENTO / COTAS	
A		3º	
PRELIMINAR (R\$) 600,00 PRELIMINAR (R\$) 0,00 06/06/2017			
SEM RESERVA - PRETENDIMENTO			
INGA-PB			
316		09/06/2017	
19607		DATA	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PIRESOMS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013152827848 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 081978504062

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204

JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

RENANIA

007006880664

1998 (R\$) 9

PRÊMIO TAFIÁRIO

902MD270WPR03829 SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

COPIA ÚNICA

SEGURO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LIDER - DPVAT

19607-1453510-20170609

COMPREV SIA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170459827 **Cidade:** Ingá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE e fratura de face (alvéolo dentária). Perda de quatro dentes incisivos superiores.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta perda de elementos dentários, refere tontura, cefaleia, dor e dificuldade para mastigação de alimentos sólidos.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com sutura dos ferimentos, acompanhamento ambulatorial da fratura da face, resultado insatisfatório.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional residual de estruturas crânio faciais.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROTOCÓLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322171/17

Vítima: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

CPF: 081.978.504-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/10/2016

Titular do CPF: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES : 027.849.034-43

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA : 081.978.504-02

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/08/2017

Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

CPF/CNPJ: 027.849.034-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2017

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Procuração Particular

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos dezoito (18) dias mês de julho do ano de Dois Mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA**, brasileiro, casado, portador do RG. 2.206.988-SSP/PB, e CPF. 081.978.504-02, residente no sítio Chã dos Pereiras, s/nº – na Areia Rural da cidade do Inga-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.



Campina Grande-PB, 18 de julho de 2017.

Jose do Nascimento Almeida
JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA - OUTORGANTE

