

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180119957**

Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180119957**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12539850



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180119957
Vitima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12548427



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180119957
Vitima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13084311

A/C: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180119957
Vítima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: 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: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**

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

Banco: **001**

Agência: **000002224-1**

Conta: **000010013724-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180119957
Vitima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

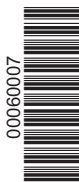
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

061.260.004-12

Nome completo da vítima

ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 061.260.004-12	Profissão RECUSOU
Endereço SITIO LAGOA DE BAIXO		Número S/Nº	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade SANTO ANDRÉ	Estado PB	CEP 58.675.000
Email RECUSOU			Telefone (DDD) (83) 9.8889-3447

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SANTO ANDRÉ, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Roque Martins de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000259/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000259/17 registrada em 25/10/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de outubro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:29 horas, compareceu o Sr. ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, com 33 anos de idade, filho de ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA e MARIA MARTINS DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de GURJÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.915.806, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 06126000412, residindo à rua SÍTIO LAGOA DE BAIXO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de SANTO ANDRÉ - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 18h30min no dia 30.09.2017, estava saindo da cidade de Santo André/PB em direção a Parari/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XLR 125 ES, ano/modelo 2001/2002, de cor branca, chassi nº 9C2JD17202R003877, de placa MOT-5941/PB, licenciada em nome de Antonio Carlos de Araujo, o qual a vítima, não consegue encontrá-lo para lhe fornecer a declaração de propriedade da motocicleta acima mencionada, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca, na tentativa de evitar a colisão frontal mas mesmo assim foi atingido lateralmente pela referida motocicleta, fazendo com que perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por uma ambulância da Prefeitura Municipal de Santo André/PB e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, de onde foi transferido para o hospital Antonio Targino, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o motociclista causador do acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor da motocicleta que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Quarta-feira, 25 de Outubro de 2017

Roque Martins de Oliveira

ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

AG PROTOCOLO
11 MAR 2018



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA Nº 000259/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa Interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000259/17 registrada em 25/10/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de outubro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:29 horas, compareceu o Sr. ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, com 33 anos de idade, filho de ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA e MARIA MARTINS DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de GURJÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.915.806, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 06126000412, residindo à rua SÍTIO LAGOA DE BAIXO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de SANTO ANDRÉ - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 18h30min no dia 30.09.2017, estava saindo da cidade de Santo André/PB em direção a Parari/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XLR 125 ES, ano/modelo 2001/2002, de cor branca, chassi nº 9C2JD17202R003877, de placa MOT-5941/PB, licenciada em nome de Antonio Carlos de Araujo, o qual a vítima, não consegue encontrá-lo para lhe fornecer a declaração de propriedade da motocicleta acima mencionada, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca, na tentativa de evitar a colisão frontal mas mesmo assim foi atingido lateralmente pela referida motocicleta, fazendo com que perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por uma ambulância da Prefeitura Municipal de Santo André/PB e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, de onde foi transferido para o hospital Antonio Targino, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o motociclista causador do acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor da motocicleta que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 25 de Outubro de 2017

Roque Martins de Oliveira
ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Declarante

João Alberto do Nascimento
JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

CPF da Vítima

061.260.004-12

Data do Acidente

30/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com 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 a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 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 ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SANTO ANDRÉ, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

x Roque Martins de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 06/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02224-1

CONTA: 000010013724-5

Nr. da Autenticação 4431C7476E1C2431

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA,

RG nº 2.915.806, data de expedição 09 / 08 / 2001, Órgão SSP/PB,

CPF nº 061.260.004-12, venho perante a este instrumento declarar que não

posso comprovar 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)	SITIO LAGOA DE BAIXO
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	SANTO ANDRÉ
Estado	PARAIBA
CEP	58.675-000
Telefone de Contato	(83) 9.8889-3447 - (83) 9.9976-8160
E-mail	RECUSOU

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SANTO ANDRÉ - 29 DE JANEIRO DE 2018

Assinatura do Declarante: Roque Martins de Oliveira



MARIA MARTINS DE OLIVEIRA
SIT LAJOA DE BAIXO, S/N - ARRA RURAL
SANTO ANDRÉ / PB CEP 58675000 (AS 150)

Emissão: 09/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subclasse: RURAL / AGRICULTURA RURAL MONOFÁSICA
Pósto 3 - 279 - 701 - 2740 Nº medidor 00000394578

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rua: Santa Helena, 100 - Centro - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Cód. para Débito Automático: 00001024348

energisa

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2017	06/12/2017	05/01/2018	67388302468

UC (Unidade Consumidora): 5/102434-8

Central de Atendimento

Quanto à segurança e a qualidade dos serviços, a Energisa não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido dos serviços. A Energisa não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido dos serviços. A Energisa não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido dos serviços.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/17	28277	06/12/17	29296	1	111	29

Demonstrativo		Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		Tela 1	Tela 2	Tela 3	Tela 4	Tela 5	Tela 6	Tela 7	Tela 8
		Consumo em kWh	Valor em R\$	Valor em R\$	Valor em R\$	Valor em R\$	Valor em R\$	Valor em R\$	Valor em R\$
0001	Consumo em kWh	111,000	0,367863	40,25	0,00	0,00	40,25	0,32	1,50
0001	Adic. B - Vermeia			5,33	0,00	0,00	5,33	0,04	0,20
0010	Subsídios			17,25	0,00	0,00	17,25	0,14	0,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0904	JUROS DE MORA 11/2017			1,71	0,00	0,00	1,71	0,00	0,00
0905	MULTA 11/2017				0,00	0,00		0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-16,47	0,00	0,00	-16,47	0,00	0,00

CCF: Código de Classificação do Item TOTAL 48,24 0,00 0,00 62,89 0,00 2,34

Média últimos meses (kWh) 131
VENCIMENTO 13/12/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 48,24

Histórico de Consumo (kWh)

189	123	117	105	111	125	142	121	137	128	132	138
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO FISCO
0022 1ef1.8a87.f754.2ce7.b79a.9fc6.9ed5.

Indicadores de Qualidade		Limite	Atingido	Limite de Sensibilização (V)
DIC MENSAL	11,34	3,70		
DIC TRIMESTRAL	22,48			
DIC ANUAL	48,96			
PIC MENSAL	7,74	1,00		
PIC TRIMESTRAL	15,49			
PIC ANUAL	30,99			
CMC	9,49	0,00		
DCRI	16,80			

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	15,71	32,56
Compra de Energia	21,05	43,64
Serviço de Transmissão	2,41	5,00
Encargos Sociais	4,35	9,02
Impostos, Oneros e Encargos	4,72	9,78
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	48,24	100,00

Valor do EUSD (Ref. 10/2017) R\$ 22,32

ATENÇÃO
- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a Energisa, a partir de 80 (oitenta) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga, poderá tomar as medidas necessárias para a recuperação do fornecimento, podendo acionar a qualquer momento a Justiça para a cobrança do valor devido.

Faturas em atraso
Out/17 44,08
Dez/16 48,47

COPIA RESERVADE PARA O FISCO
14 MAR 2018
PROTOCOLO 1550

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000 006 257
Cód. para Déb. Automático: 60002420660

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPI/ RANI
Jan / 2018	08/01/2018	05/02/2018	2784903443

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contato

• Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/enenergia e no Twitter (@Ennergia), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
07/12/17	5492	08/01/18	5541	1	148	32				
Demonstrativo										
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa(R\$)	Valor Base Cota	Alc. (m³/R\$)	Szta Cota (m³/R\$)	Pot(R\$)	Coef(R\$)		
				Totais Totais(R\$)	CMR(R\$)	CMR	Pot/Coef(R\$)	(0,3291%)(0,0647%)		
0801	Consumo em kWh	148,000	0,6269320	92,97	92,97	27	25,18	92,97	0,78	3,60
0801	Adic B Vermeia			4,87	4,87	27	1,31	4,87	0,34	0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB LUM PUBLICA			12,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	110,09	99,04	26,47	93,04	0,92	2,73
--------------------------------------	-------	--------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

142

VENCIMENTO
15/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 110,09

Histórico de Consumo (kWh)

151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162
Dec17	Nov17	Oct17	Sep17	Aug17	Jul17	Jun17	May17	Apr17	Mar17	Feb17	Jan17

8315.49d7.8fe8.b47c.1a6c.da03.063b.d27c.

Indicadores de Qualidade

11/2017 - Campina Grande 1

Comissão de Contas

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao	Valor (R\$)	%
DI DIENSAI	5,31	0,00		Servicos de Dist. da Energia El.	24,39	22,14
DI TRIMESTRAL	10,82			Contrat. de Energia	3,71	34,99
DI ANUAL	21,25		NOMINAL 220	Servico de Transmissao	2,67	2,27
FI DIENSAI	3,30	0,00		Servico de Reparacao	11,48	10,19
FI TRIMESTRAL	6,60		CONTRATA DA LIMITE INFERIOR	Impactos Diretos e Indiretos	43,12	39,17
FI ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR 251	Outros Servicos	0,00	0,00
DI DIENSAI	3,39	0,00				
DI TRIMESTRAL	13,22					
Total					110,09	100,00

Value Added (Ref. 11/2017) R\$32.64

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BORGAREN

Retiro, 2 - 401 - 199 - 3930
Matrícula: 242068-2018-01-7

VENCIMENTO
15/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 110,09

83630000001-2 10090147000-3 02420662018-9 01700401019-9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 027.849.034 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.260.004/12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.260.004/12, 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 RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		Número 25	Complemento
Bairro MIRANTE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.407-548
Email alexandredpvat@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) (83) 3342-2471	Telefone celular (DDD) (83) 9.9128-1980	

CAMPINA GRANDE, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/10/2017
HORA: 14:42:14



2258816

Prontuário Nome do Paciente
635315 ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Estado Civil CPF RG
- 61.260.004-12 2915806 SSP PB

Filiação
Mãe: MARIA MARTINS DE OLIVEIRA

Pai: ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Endereço
SIT.LAGOA,S/N - ZONA RURAL, SANTO ANDRE-PB CEP:

Nascimento Idade Sexo Cor
20/05/1984 33 M

Grau de instrução Profissão

Fone Residencial Fone Trabalho

Complemento Endereço

Atendimento Data Hora Setor
2258816 06/10/2017 14:35 3008-SECRETARIA CONVENIOS

Médico Atendente
1155-GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA

Plano / Convênio
37-PACOTE/1-PACOTE

Nº Carteira Validade Nº CNS

Tipo Atendimento
5-INTERNACAO CIRURGICA

Motivo Atendimento
4-INTERNACAO/URGENCIA

Posto
ALA LUCIANO LOBO

Guia Internacao
99996666 INTERNACAO

Acomodação
203005 ENFERMARIA 40

Leito
ENF40-01



635315

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA , aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

1) _____
2) _____
3) _____

Responsável: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Endereço: SIT LAGOA, S/N Bairro ZONA RURAL, SANTO ANDRE-PB
Telefone: 9 8882-5565

CAMPINA GRANDE , 06 de Outubro de 2017

bucas
LUCAS MARTINS DA SILVA
Responsável pelo Atendimento

Roque Martins de Oliveira
ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO
EM 06/10/2017



PACIENTE: Roque Martins de Oliveira 33 anos
CONVÊNIO: Parate SUS ☐ PRONTUÁRIO: 635315/2258816
DATA: 06/10/17 CIRURGIA: Tratamento cirurgico de fratura femur
CIRURGIÃO: Dr. Godofredo Esquerda
AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dr. Vanessa
CIRCULANTE: família médica N°: Selaos HORÁRIO: INÍCIO: 15:40 FINAL: 16:40

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA 1ml	03
28819	RANITIDINA 15mg	03
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA 500mg	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA 80mg	01
5304	DEXAMETASONA 4mg	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON 8mg	01
70572	TILATIL 40mg	
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	1g 02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	2ml
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI Nº 25	01
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
25x28	COMPRESSAS c. opus	10 d
	CATETER PERIDURAL Nº	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 24	01
	DRENO SUÇÃO Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO 10x10	02
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	02
3719	SERINGA DE 05cc	02
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS Nº	
	SONDA FOLEY Nº	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO 80cm	
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
	ATADURA CREPOM Nº 20	04
	GNEDEL Nº	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 8.5	01
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES 75x75x15 08 needs	
3549	LUVA PROCEDIMENTO 04/10cm	
3417	GEL CONDUTOR	02
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ETHIBOND Nº	
0430	MONONYLON Nº 20	03
	CROMADO S/A Nº	
0440	CROMADO C/A Nº 1	01
	VICRYL Nº	
	MONOCRYL Nº	
	PROLENE Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL 30ml	
2631	ÉTER 20ml	
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE 100ml	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA 100ml	
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO 03/L	
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS RX	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	
	OXÍMETRO DE PULSO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	2000ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	1500ml
	HISOCAL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Gidpider p/ fex	01

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesiologista
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

[illegible]

CIRURGIA

☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA) ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA: 21/01/90

Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura fêmur D.</u>	
1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)
<u>R. GODOFREDO</u>	
Equipe Anestesiológica	Instrumentador(a)
<u>Dr. DAMILHA</u>	<u>TEIXEIRA + FLÁVIO</u>
Procedimentos Realizados: <u>TTT cirúrgico de fratura fêmur D.</u>	
Códigos	

[illegible]



Form containing patient data, vital signs, and medical history. Includes sections for 'Líquidos e Nutrientes', 'Vital Signs', 'Medical History', and 'Procedures'. Contains handwritten notes and a large grid for recording data.

Form containing patient data, vital signs, and medical history. Includes sections for 'Líquidos e Nutrientes', 'Vital Signs', 'Medical History', and 'Procedures'. Contains handwritten notes and a large grid for recording data.

PACIENTE: <u>ROQUE M. O. PINEC</u>	
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: <u>6/10/17</u>	ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: <u>Godão</u>	
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: <u>V. MESSA</u> TIPO DE ANESTESIA: <u>BLOQ.</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura do Fêmur</u>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Ref. cir. fratura do fêmur</u>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>O osso</u>	
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: <u>Repl. 11 unidades</u>	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: <u>Não ocorreu.</u>	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT.EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

1)	fratura do osso
2)	fratura e osso
3)	osso de osso
4)	osso osso
5)	osso osso osso
6)	osso osso osso
7)	osso osso osso
/ <u>osso</u>	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Rogério Marques de Oliveira

ALA:

Dr. Eduardo Lobo

LEITO:

15 401

CONVÊNIO:

RACOFI

DIAGNÓSTICO:

DATA:

06/10/17

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

06 D. L
10 Ringer 2000/24
10 Cefad 400 EV 12/12
17 Cefazolin 1g EV 6/6
Diclofenaco 2T EV 12/12
Paracetamol 2x 500
Omeprazol 2x 20

23 05
06
23 05
06
06
06

Dr. Eduardo Nascimento
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

06 Paciente com fratura exposta
do fêmur com perda do
10 conteúdo HA aproximadamente
17 07 (Sete) dias.

Perda do conteúdo do fêmur

Dr. Eduardo Nascimento
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Dr. Eduardo Nascimento
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

7/10/12

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Dr. Celso Roberto Nascimento
CRM 1863-CPP 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMAT.

EVOLUÇÃO MÉDICA

AG. PROTOCOLO
14 MAR. 2013
COORDENADOR DE SERVIÇOS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NAME: _____

NAME: Keanu Fortuna de Oliveira

IDADE:

30

Q. A: unrelated to

LEITO: 50-L

MÉDICO:

Room

DATA:

06, 10, 17

MANI-Ā

TARDE

TARDE

Alimento dieto frute VO, deuru p/ SVD,
por di frut Fêmur, feito Rx de controle
medicardo C. p. n. segue aos cuidados
grais.

~~Renato da Silva Aguiar~~
Téc. de Enfermagem
COREN/PA 608207

NOTE

NOITE Paciente evoluiu P.O. estável
consciente, orientado 500 agudos
M.O. p.m. segue aos cuidados
de enfermagem

Herika Simone S. Amada
Técnica de Enfermagem
COREN 487.425

CO. H. REV. SEC. 105 E. R. 105
14. MR. 7110
F. R. T. O. C. O. L. D.
A. G. J. O. P. L. S. S. O.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

A.A:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: / /

MANHÃ

TARDE

NOITE

AG. JOSEPH S. BOAL
FRIOTOCOLIC
14 MAR 21 19
COPIES DESENVOLVIDAS
SIP

Sr(a): **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
 Idade: **33 ANOS**
 RA: **0110067839** Dt Coleta: **06/10/2017 - 15:05:54**
 Lr(a): **GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
 onvenio: **PACOTE -HAT**
 Emissão: **06/10/2017 - 17:01:55** Local: **C. CIRURGICO**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,48	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	13,0	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	40,9	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	91,3	u3 80.0 - 98.0
H.C.M.	29,0	pg 26.0 - 32.0
C.H.C.M.	31,8	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	12,8	11.0 - 14.5

Série Vermelha: Normocítica e Normocrômica.

LEUCOGRAMA

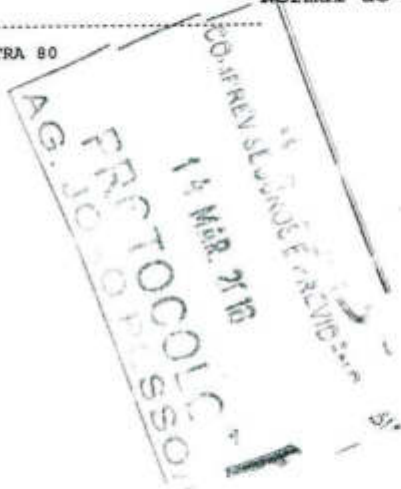
		/mm3	3800 - 10000
Leucócitos	9750		
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	76	7410	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	98	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	17	1658	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	6	585	2-10 72-1000

Série Branca: Leucócitos morfológicamente conservados.

PLAQUETAS 241000 /mm3 140.000 - 450.000

Série Plaquetária: Normal ao exame do esfregaço

Método: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 90
 Material: SANGUE TOTAL



Dr. Daylane Oliveira Brandão
 Dra. Daylane Oliveira Brandão
 FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
 CRP-PB 03023-CPP/082.767.874-26



Acesse seus resultados online: www.tabprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juvêncio Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Idade: **33 ANOS**
RA: **0110057839** Dt Coleta: **06/10/2017 - 15:05:54**
Dr(a): **GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
Convenio: **PACOTE -HAT**
Emissão: **06/10/2017 - 17:01:55** Local: **C. CIRURGICO**



TEMPO DE SANGRAMENTO

Resultado **1,30**
Método: **DUKE**

Valor de referência

minutos **1,00 a 3,00**

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Resultado **6,30**

Valor de referência

minutos **5,00 a 11,00**

Método: **LEE-WHITE**

Material: **SANGUE TOTAL**




Dra. Daylane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA/RIOQUÍMICA
CRF-PB 03322-CPF:062.767.874-26



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Idade: **33 ANOS**
RA: **0110057839** Dt Coleta: **06/10/2017 - 15:05:54**
Dr(a): **GÓDOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
Convenio: **PACOTE -HAT**
Emissão: **06/10/2017 - 17:01:55** Local: **C. CIRURGICO**



CREATININA

Resultado **0,86**

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro **109**

mL/min/1,73
m2

Adulto negro **132**

mL/min/1,73
m2

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular (RFG) e o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbididades que levem a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:

Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

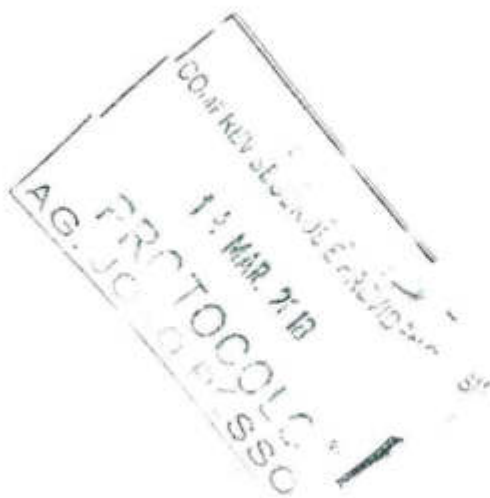
UREIA

Resultado **36**

Valor(es) de referência

mg/dL **10 a 50**

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO



Dra. Daylano Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
CRP-PB 03022-CPP/062.767.874-26



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Quelimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Serefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação	21/09/07	Enf.	Leito
Operador	Dr João Paulo	1º Auxiliar	Dr Julio
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	fx exposta fêmur distal		
Tipo de Operação	LMC		
Diagnóstico Pós-Operatório	Omea		
Relatório Imediato da Patologia	d		
Exame Radiológico no Ato	Nz		
Acidente Durante a Operação	Nz		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Ponto em DDH sob anestesia
- 2) Assepção e antissepsia
- 3) Campos estéreos
- 4) LMC Foco de Fratura com SF 0,9 expansivo
- 5) Passar traço transilíaco, fechar e
- 6) Sutura + Curativos

AG-UC
FRT/OCLB
CONFREY SL...
1 MAR 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Roque Martins de Oliveira DN: 20/05/1984</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sala 04</i>	<i>SUS</i>	<i>33a</i>	<i>1515578</i>		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
<i>Trat. Cruz de Front. Exposta de Frenu</i>		<i>Dr. João Paulo +</i>				
ANESTESIA		ANESTESIA				
<i>Raquia nestesia</i>		<i>Dr. Socorro Abnantes</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<i>30/09/2017</i>	<i>23:00</i>	<i>00:00</i>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>10</i>		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	<i>Efrone ml efedrina</i>			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera pl osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
<i>01</i>	<i>Moraina Nefcaino / mada</i>			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>Q/s</i>		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>06</i>		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		<i>02</i>	Mononylon <i>2-0</i>	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.			Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	<i>Q/s</i>		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.			Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	<i>02</i>		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	<i>01</i>		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.	<i>01</i>			
	Haemacel ml				
	Heparema ml				
	Kanaxion amp.				
	Lasix amp.	<i>06</i>			
	Medrofinazol	<i>01</i>			
	Plasil amp.	<i>02</i>			
	Prolamina	<i>01</i>			
	Revivan amp.				
	Stuption amp.				
<i>02</i>	<i>Selaotina 1g efuzolona</i>				
<i>02</i>	<i>ondansetrona</i>				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
<i>02</i>	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>			
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° 27	<i>03</i>			
<i>05</i>	Alcool de Enfermagem 70%				
	Alcool Iodado ml				
<i>02</i>	Ataduras de Crepon 30cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertermico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml ...
	SG fr 500 ml <i>pl assepra</i>

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

Qtd.	EQUIPAMENTOS
☒	Oxímetro de Pulso
☐	Foco Auxiliar
☐	Serra
☐	Eletrocautério
☐	Desfibrilador
☐	Oxicapnógrafo
☐	Foco Frontal
☒	Cardiomonitor
☒	Fonte de Luz
☒	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESERVA DE CIRCULANTE
 Técnica de Enfermagem
 COREN: 542.021



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Regen Martins de Oliveira	Idade:	33a
Convênio:	SUS	Data:	03/10/12
Procedimento:	Trat. Exposto de Fêmur D + Trat. Cirur. + Tmção		
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Sécundo
Início:	23:00h	Término:	00:00h
		Anestesia:	Propofol + Oxigênio

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
00:30	136 x 74	84	97%	Alairi + Refane	—	consciente
02:00	132 x 69	80	97%	Alairi + Refane	—	consciente
03:30	114 x 67	74	96%	—	+	consciente
04:20	120 x 66	73	97%	—	+	—
05:00	120 x 66	73	97%	—	+	+
06:05	120 x 69	73	97%	—	+	consciente
07:10	114 x 71	67	98%	Laise Albuquerque de Almeida	+	consciente
08:10	131 x 68	70 bpm	98%	—	+	—
10:00	122 x 73	71 bpm	98%	—	+	—

[illegible]

Observações:

Realizada a passagem de uma ponto de clivis de 10.15.

Dr. Thales Portela Barbosa
Médico Anestesiologista
CRM 7987-PB

Assinatura Anestesista

Laise Albuquerque de Almeida
ENFERMEIRA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Angelica Paulo de Araújo
pessoa responsável pelo doente Rogério Martins de Oliveira
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Rt. 2975 806 SSP/Pb.

Em, 06 de 30 de 77

x Angelica P. de Araújo
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

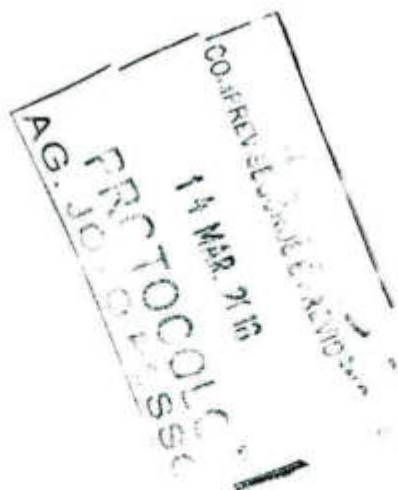


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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

Dr. Thales Portela Barbosa
Médico Anestesiologista
CRM 7987-9B

Assinatura do anestesista



Diagnóstico

for export for duty

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Roque

Paciente	Raye Martins	Alojamento	Leito	Convênio
			57	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/10	DIETA LIVRE		#ORTOPEDIA# DIH: _____
D 1	SF 0,9% 1500ML EV 24H	18	POT para dor com curativos ortopedicos sem sint. infecciosos
D 1	CLINDA 600 MG EV 6/6 H	18	
D 1	GENTA 240 mg EV 1X/DIA	18	
D 1	DIPIRONA 2ML EV 6/6H	18	
D 1	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM	18	
D 1	TRAMMAL-100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8HS/N	18	
D 1	NAUSEDRON 1FA + AD EV 8/8HS/N	18	
D 1	TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12HS/N	18	
D 1	XARELTO 15MG 1 CP VO 1 X DIA	18	
D 1	CURATIVO 1 X DIA	18	
D 1	SSW + CCGG	18	
			Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RJ 0000000000
			CO-MEDICADO E REVISÃO
			14 MAR 2018

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Rogério Martins	5	I	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02	1. Dieta líquida 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	5h - 2h 5h - 5h 5h - 5h	Prontidão estável Apresentando boa evolução Cdx. vlr.
03	10. Umidar 60mg + AD (EV) V/bn 11. Gentamicina 80mg + S.F. 5% 100ml (EV) 2x/24h. 12. Uratativo no M.S. Opaco 13. Passar SUD	5h - 5h 5h - 5h 5h - 5h	
			PCT com melhor evolução CD Solicito SUD
			Dr. Luiz Carlos Sales MÉDICO RESIDENTE CLÍNICA GERAL CRM-PB 9263

Luiz Carlos Sales
MEDIOS PRESIDENTE
CIRURGIA GERAL
CRM PB 4263

14 March 6
FRC TO COL-50
FRC TO COL-50

14 MAR 2 1968
COMM-REV 55

DIAGNÓSTICO

2 x 2 1/2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Trope Mouring	Alojamento:	F	Leito	M	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
07/11	1.Dieta Livre 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5.Omeprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7.Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Clexane 40mg SC/dia em volta 9.SSVV + CCGG Claudio BONGIORNO 8/11/17 Claudio Bongiorno 8/11/17	17-2-8 15-12-16 12-8-17 06. ⑩ 14-2-17 14-2-17	R E G I S T R O D A T U M CP VFC Gol. P. x da Bala PROPRIEDADE DO INSTITUTO DE REABILITACAO CIDR - FCM - BH Dr Wagner Falcao INTERCONSULTE TRIPLATOLOGIA CRM-MG 15313 1			

04
: 10
17
Paciente evolui consciente, orientado, normotenso,
realizado curativo, encontra-se com SVD, sem
queixas, segue aos cuidados da enfermagem.
PA: 120x80 mmHg.

Q

04
10
15
PA: 130x80 mmHg T: 36°C FC: 84 FR: 24

Emerson Tago da S. Almeida
ENFERMEIRO
COREN-PR 488.128



000

Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE

perna

Paciente)	<i>Leque nader</i>	Alojamento)	<i>Extra</i>	Leito)	<i>4</i>	Convênio)
-----------	--------------------	-------------	--------------	--------	----------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>5/15</i>	DIETA GERAL		EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	<i>12/18</i>	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	<i>12/18</i>	PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	<i>12/18</i>	IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	<i>07</i>	
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N		EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO		
	CCGG SSVV		CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO		VPM

Dr. Aristoteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Cirurgião de Mão e Cotovelo
CRM 8811 - TEOT 1981

Aristoteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Cirurgião de Mão e Cotovelo
CRM 8811 - TEOT 1981

AG. 30
PROTÓCOLO
14 MAR. 2016
CO. FREV. SELEÇÃO E RELATÓRIO



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE

perna

Paciente) *Rafaela Maria*

Alojamento) *€ x - 4*

Leito)

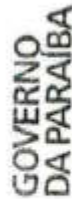
Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>6/10</i>	DIETA GERAL		EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	<i>18 34 06</i>	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMJI
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	<i>34</i>	PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8HS/N		IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	<i>06</i>	
	TRAMAL 100 MG EV 8/8HS/N		EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO	<i>08</i>	
	CCGG SSV	<i>08</i>	CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO	<i>08</i>	VPM
	<i>acoplou 40 se 1/cheu</i>	<i>20</i>	

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CIR. QUADRIL E COTOVELO
CRM 14.114 FESP 19837

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CIR. QUADRIL E COTOVELO
CRM 14.114 FESP 19837

AG. JO. O. S. S. O.
PROTOCOLO
14 MAR 2010
COM. REV. E. J. S. S. O. E. REV. J. S. S. O.

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Expenditure

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Boysen Martins	Alojamento	Leito	Convênio
----------	----------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/7/75	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV 24H		
D 7	4 CLINDA 600 MG EV 6/6 H		
D 7	5 GENTA 240 mg EV 1X/DIA		
	6 DIPIRONA 2ML EV 6/6H		
	7 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM		
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	9 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	10 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N		
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO 1 X DIA		
	12 CURATIVO 1 X DIA		
	13 SSW + CCGG		

ORTOPEDIA# DIH: _____

BEG. ESTAVEL
SEM INTERCORRENCIAS
DIURESE + EVACUAÇÕES

CD: VPM

Dr. Julio Cesar de Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 1.90226-0

Dr. Julio Cesar de Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 1.90226-0

CONF. REV. SE. J. M. G. E. RESID. 14 MAR 2018

AG. F. J. C. O. S. E.



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Atendimento de Emergência

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

151568

Paciente	Alcino Martins	Alojamento	Leito	Convênio	Cooper
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
30/09	1) D. Aspirina 100mg EV 2x		Chaveiro de porta		
	2) Clinda 600mg EV 6/6h		com dor de		
	3) Gabapentina 300mg EV 3x		de pariridade		
	4) Dipirona 1000mg EV 6/6h		e costar e.		
	5) Paracetamol 300mg EV 6/6h				
	6) Analgésico 100mg EV 3x				
	7) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	8) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	9) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	10) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	11) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	12) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	13) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	14) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	15) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	16) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	17) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	18) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	19) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	20) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	21) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	22) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	23) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	24) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	25) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	26) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	27) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	28) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	29) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	30) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	31) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	32) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	33) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	34) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	35) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	36) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	37) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	38) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	39) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	40) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	41) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	42) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	43) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	44) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	45) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	46) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	47) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	48) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	49) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	50) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	51) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	52) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	53) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	54) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	55) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	56) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	57) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	58) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	59) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	60) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	61) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	62) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	63) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	64) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	65) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	66) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	67) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	68) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	69) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	70) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	71) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	72) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	73) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	74) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	75) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	76) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	77) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	78) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	79) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	80) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	81) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	82) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	83) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	84) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	85) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	86) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	87) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	88) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	89) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	90) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	91) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	92) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	93) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	94) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	95) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	96) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	97) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	98) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	99) D. Aspirina 100mg EV 2x				
	100) D. Aspirina 100mg EV 2x				

COPIA REVISTA DE EMERGÊNCIA
14 MAR 2010
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
Habilitada no TJPB PARA Pericias DPVAT

LAUDO CINETICO FUNCIONAL

Roque Martins de Oliveira

Endereço: Sitio Lagoa. S/n. Zona Rural. Santo André. PB.

Data do Sinistro: 31 de setembro de 2017.

Acidente de Moto.

Socorrido para o Hospital de Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar). Posteriormente encaminhado para o Hospital Antônio Targino.

Descrição da vítima: Apresentava fratura no fêmur esquerdo.

Tratamento: cirúrgico 1. Realizada no dia 31/09/2017 para colocar tração.
2. Realizada no dia 06/10/2017 para fixação com placa e parafusos.

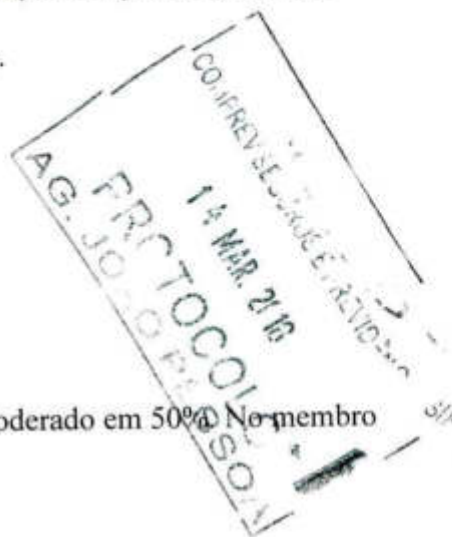
Apresentou as seguintes sequelas diante ao exame físico.

FEMUR ESQUERDO

- Edema
- Dor aos esforços.
- Diminuição da força
- Atrofia muscular
- Claudicação
- Não consegue andar rápido e correr

Conclusão: O grau de incapacidade físico-funcional é moderado em 50% No membro inferior esquerdo.

Campina Grande 05 de fevereiro de 2018.

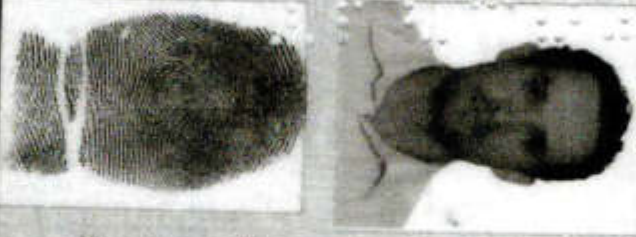


Sonaly de Fatima Cavalcanti

Dra. Sonaly de F Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

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

V-02
P-234



Alexandre Marques Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.039.345 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 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 FLS.135 LIV.002
CARTÓRIO MASSARANDUBA-PB
CPF 027.849.034-43

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREENSÃO E ALICATAÇÃO
14 MAR 2010
PROTOCOLADO
AG. JO. P. SSO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

PRTPM 2005010003367808926

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 774213272
ANTONIO CARLOS DE ARAUJO
R AROLDO NASCIMENTO CABRAL 755
JD CONTINENTAL
58100000 CAMPINA GRANDE - PB
26259460406 MOT5941/PB

IVANDRO SALES

NOVO PB 9C2JD17202R003877

PAS/MOTOCICLO/

HONDA/XLR 125 EB

2 P/124 /CI PARTIC

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA
9989

AG. J. 30.000.1.590
PR. 14 MAR 2005
CONF. REV. 14 MAR 2005

PARA LIDER

VITIMA: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

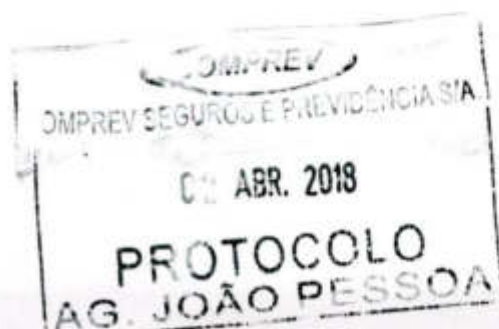
BNEFICIARIO: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

SINISTRO Nº 3180/119957

Por essa carta venho INFORMAR a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, haja vista, não conseguir localizar o proprietário da moto, pois o mesmo se encontra em local incerto, como foi mencionado na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da líder estão exigindo, principalmente, essa declaração, pois o mesmo é pessoa desconhecida da vitima e da família, assim, pessoa a compreensão de vocês da Lider, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Santo Andre-PB, 26 de Março de 2018.

Roque Martins de Oliveira .



PARA LIDER

VITIMA:ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

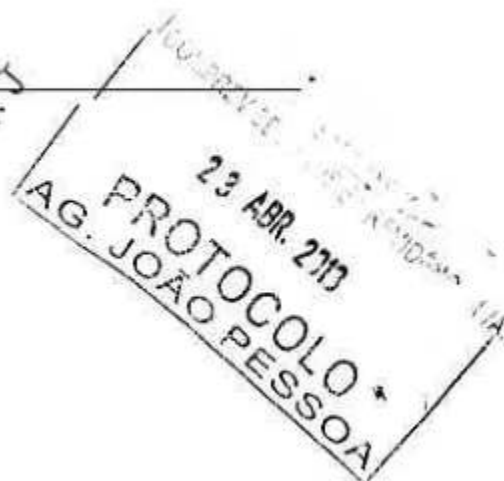
BNEFICIARIO: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

SINISTRO N° 3180/019957

Por essa carta venho, eu Alexandre Marques Rodrigues, já qualificado na procuração junto a esse processo, e na qualidade de procurador do beneficiario, ratificar o que foi mencionado pela vitima em informações anteriores, sobre a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, conforme, consta na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível as informações que vocês da líder estão exigindo, pois o proprietário da moto, é pessoa desconhecida da família, ou seja, a vitima a conheceu apenas no dia que comprou a moto, e por esse motivo, não conseguiu realizar a transfencia da propriedade da moto para seu nome, assim, pesso a compreensão de vocês da Lider, para que possa dar prosseguimento a esse sinistro.

Campina Grande-PB, 17 de Abril de 2018.


Alexandre Marques Rodrigues – procurador



carta

Para Lida

Vitima Raque Martins de Oliveira

Sinistro nº 3180/113357



Por esta carta venho informar a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, haja vista, não conseguindo localizar o proprietário da moto, pois o mesmo se encontra em local incerto como foi mencionado na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da Lida estão exigindo principalmente, essa declaração pois o mesmo é pessoa desconhecida da vítima e da família, assim passo a comprovação de vocês da Lida, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Santo André-PB 15 de junho de 2018

Raque Martins de Oliveira

A Liden - Seguros

SR. Analista de Seguros

Beneficiário (vítima) Roque Martins de Oliveira

Sinistro N° 3180/119957

Eu Roque Martins de Oliveira já devidamente
qualificado no sinistro acima mencionado
venho a través desta pedir que seja mar-
cado uma perícia médica. Já já vista
não concordar com o valor pago em
relação a gravidade de minha lesão
conforme laudo atualizado fornecido uma
perícia, que segue em anexo assim
espero contar com a compreensão por
parte de vocês da Liden, para passar por
uma avaliação médica, e assim
comprovar o grau da minha debilidade.

Santo André, PB

Roque Martins de Oliveira



Procuração Particular

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos vinte nove (29) dias mês de janeiro do ano de Dois Mil e dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, portador da Carteira de Identidade nº 2.915.806-SSP/PB, e CPF. nº 061.260.004-12, residente e domiciliado no sítio Lagoa de Baixo, s/nº - na Zona Rural da cidade de Santo André-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 – 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, 29 de Janeiro de 2018.

Roque Martins de Oliveira
OUTORGANTE

Reconheço a firma de Roque Martins de Oliveira
por autenticidade.
Em test. [assinatura] de verdade dou fé
Santo André-PB, 30 de 01 2018
[assinatura]



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092023/18

Número do Sinistro: 3180119957

Vítima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

CPF: 061.260.004-12

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2017

Titular do CPF: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 17/09/2018
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
CPF: 027.849.034-43

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180119957 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO+ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO+ATROFIA MUSCULAR+EDEMA RESIDUAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: