Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel wesley da Silva Araujo,

RG nº 3.780.458, data de expedição 14/08/09, Órgão SSP PB,

CPF nº 108.935.824-89, 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)	Cícero Coldeiro Batista
Número	88º
Apto / Complemento	
Bairro	Jardim Elétrico
Cidade	Pocinhos
Estado	Paraíba
CEP	58150-000
Telefone de Contato	(83) 99372-3939
E-mail	Israelwesley012@Gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pocinhos 23 de Janeiro 2019

Assinatura do Declarante: Israel wesley da Silva Araujo

INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 08 - JD ETELVINA
POCINHOS / PB CEP. 58150000 (AG: 71)

Emissão: 09/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7560 Nº medidor: 00008084850

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°018.122.363
Cód. para Débito Automático: 00000911706

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	08/01/2019	05/02/2019	488.418.624-91

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/95670-6

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
06/12/18	13661	09/01/19	13793	1	132	33

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa p/ Tributos Total(R$)	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. PIS/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0915%)	Cofins(R$) (4,9955%)
0601	Consumo em KWh	129,000	0,854430	117,90	117,90	27	31,83	117,90	1,27	5,89
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018			0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018			2,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	BEM SEGURO FÁCIL - ACE 01/2019			5,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação de Item		TOTAL	136,29	117,90		31,83	117,90	1,27	5,89

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
116	15/01/2019	R$ 136,29

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18
122	107	128	112	118	108	89	92	85	132	141	142

RESERVADO AO FISCO

39d3.d40e.11a5.0a17.647f.02f8.a6ab.d47a.

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Pecinhos

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,27	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,54	
DIC ANUAL	25,08	
FIC MENSAL	3,55	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,10	
FIC ANUAL	14,20	
DMIC	3,71	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia	29,00	20,53
Compra de Energia	39,94	29,31
Serviço de Transmissão	4,28	3,20
Encargos Setoriais	6,02	4,42
Impostos Diretos e Encargos	52,03	38,18
Outros Serviços	5,04	3,92
Total	136,29	100,00

Valor do EUSD(Ref. 11/2018) R$ 42,62

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Dez/18 140,19
Ago/18 87,17

- REAVISO. Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/01/2019 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora será comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - ()-
- O cancelamento da cobrança ao convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora

energisa PARAIBA

Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7560
Referência: 05570-2019-01-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
15/01/2019	R$ 136,29

Documentacao medico – ht

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL I-S EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

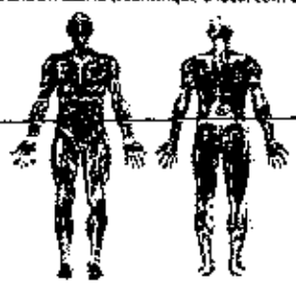
PRONT (B.E) Nº:1628141 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/04/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Sandin Mayres Gomes Soares

PACIENTE: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
Endereço:MANOEL PORTO
Cidade: Pocinhos
Nome da Mãe: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO
Responsável: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL
Médico:

CEP:58150000 Nascimento:06/07/1995
Sexo:M Telefone: 93136181
Idade:023 Bairro:CENTRO
RG: 3780458 Nº:487
CPF: Profissão:ESTUDANTE
Data de Atendo03/04/2018 CNS:708102567013937
CONVÊNIO:SUS
Hora: 19:59:23 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Contuso-cortante
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Hipergotamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão congênita
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento cérebro paradoxal
28. Objeto Entranhado
29. Obstrução
30. Ferroição
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Taquipnéia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNÓSTICO / CID: Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS: Cirurgião
Paciente encaminhado do SAMU bombeiro, direção quedas de moto consente, orientado, ansioso, ansiedade. A: VAS livres, ausência de corpo estranho. B: tórax positivo, murmúrio vesicular bilateral presente. C: ritmo cardíaco regular, bulhas rítmicas, sem sopros. D: glasgow 15 (E) lúcido (E), reagente em geral. E: [illegible]
ALERGIA: Nega. CNZ
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: Nega.
ULTRASSONOGRAFIA Realizada em 03/04/18
EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas
Glasgow 15 PA 120 x 80 HGT: Sat02
ABD: plano depressível, doloroso sem massas palpáveis
ACV: RCR BNF S/ sopros
AR: MVU (+) AR S/ RA

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais
( )Gasometria arterial
( )Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia:
(X) Radiografias:
( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / ____ às 20:20 Dia 03/4/18
Especialista: ____ / ____ às ____ Dia ____ / ____ / ____

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 02 amp EV Agora	Feito 20:40
2	Tilatil 01 amp EV Agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Danilo Carvalho
MÉDICO
CRM-PB 9959
CREMEPE 23636

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

H. Pneumotórax e gud

Torácico informou de RX foram sem alterações, FAST sem alterações. Fratura da formação E.

Ortopedia fez e gud aos cuidados de ortopedia

Marcos André Diniz
MÉDICO CIRURGIÃO
CRM-PE 6472

DESTINO DO PACIENTE ___/___/___ às ___:___ hs.

( )Centro cirúrgico ____

( )Internação (Setor) ____

( )Transferência a centro SETOR ou HOSPITAL ____

( )Alta hospitalar / ( )A revelia

( )Decisão Médica

( )Óbito

L. Beatriz Tomé da Silva
Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Israel Wesley da Silva Araujo

End: R. Manoel Porto nº 487 Bairro: Rocinha

Data de Nascimento: 06-01-95 Documento de Identificação:

Queixa: Acid. de Data do Atend.: 03-04-18 Hora: 19:50 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Moto

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:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD. 110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora

( ) Verde - atendimento até 4 horas ( ) Azul - atendimento ambulatorial

Valmiro Barbosa de Souza
ENFERMEIRA
COREN-PB 281.456

Assinatura e carimbo do profissional

ENEGRO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		(✓) Auxílio diário às necessidades de higiene.
(✓) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		(✓) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
(✓) Avaliar alterações de sinais vitais.	1x a cada	
(✓) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	CPM	
(✓) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	CPM	( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(✓) Incentivar a ingestão de líquidos.	sempre	
(✓) Observar reações de desorientação/confusão.	sempre	
( ) Proporcionar condições de higiene oriferiosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Analisar condições do curativo.		( ) Diminuição do risco de lesão.
(✓) Orientar e estimular a hidratação da pele.	sempre	
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		(✓) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições da perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosa, edema, pulso e frequência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
( ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	6/4/2019	(✓) Diminuir o risco de infecção.
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Manter as grades do leito elevadas.		
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros.		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Maria José da Silva Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-DF 502.018

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): José Carlos 32264

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC2010, CHAVES.L.D.;SOLAY,C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Joseal Wesley da Silva

IDADE: 22 anos SEXO: M [X] F [ ] DATA DE NASCIMENTO: / / às : h

SETOR: Amarelo LEITO: 8

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM [ ] NÃO [X] LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [ ]	NORMOPOTENSO [ ]	HIPERTENSO [ ]	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [X]	INCONSCIENTE [ ]	ORIENTADO [X]	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO [ ]	TAQUIPÊNICO [ ]	EUPNÉICO [X]	BRADIPNÉICO [ ]
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL [X]	POLÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [ ]
	DISÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]	
MOBILIDADE:	DEAMBULA [ ]	DEAMBULA C/ APOIO [X]	ACAMADO [ ]	S/ DEFICITE MOTOR [ ]
	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIAPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO PEITO [ ]
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO [X]	SNG [ ]	SNE [ ]	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X]	DESNUTRIDO [ ]	OBESO [ ]	CAQUÉTICO [ ]

DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

		CD/FR:
[X] RISCO DE QUEDA		Amb. com uso de muletas
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO		
[X] RISCO DE INFECÇÃO		AVP.
[ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		
[ ] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	[ ] RETENÇÃO URINÁRIA	
[ ] RISCO DE SANGRAMENTO		
[ ] NÁUSEA		
[X] DOR AGUDA	[ ] DOR CRÔNICA	Expressão facial de dor
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		
[ ] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		
[ ] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	[ ] ALIMENTAR-SE [ ] PARA BANHO	
[ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		
[ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		
[ ] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		
[ ]		
[ ]		
[ ]		

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

COREN-PB 335022

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	10 22	
[ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
[ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[ ] INSTALAR CATÉTER DE 02 A 2L/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 45º.		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	UM AVP	
[X] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	sempre	
[X] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	sempre	

MOD 125

☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Israel Wesley | Registro: | Leito: 7 | Setor Atual: 1

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 14/8 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH20

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 3/4/

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Liquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica **Turgor da pele:** ( ) Preservado

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória **Higiene Corporal:** (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** (✓) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Sem intercorrências

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Otávio COREN 57464 DATA: 02/04/2018 HORA: 8:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Israel Wesley | Enfermaria: 7 | Leito: 1 | Data: 05/04/2017

	DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1	Constipação	Diuréticos ( ) | Desidratação ( ) | Estresse ( ) | Outro ( )	Abdome distendido ( ) | Dor à evacuação | Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( ) | Lesão neurológica ( )	Anorexia ( ) | Dor abdominal ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( ) | Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal ferida ( ) | Diarréia ( ) | Outro ( )
		Fatores psicológicos ( ) | Outro ( )	Dor abdominal ( ) | Mucosas pálidas ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) | Dor ( ) | Fraqueza ( ) | Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro (✓) | Outro ( )
		Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo (✓)
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( ) | Outro ( )
		Outros ( )	Relato verbal de dor ( )
5	Hipertermia	Anestesia ( ) | Desidratação ( ) | Trauma ( ) | Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )
		Aumento da taxa metabólica ( )	Taquicardia ( ) | Taquipnéia ( ) | Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) | Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( ) | Invasão de estruturas do corpo ( )
		Hipotermia ( ) | Imobilização física ( ) | Outro ( )	Rompimento da superfície da pele ( ) | Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( ) | Desconforto ( ) | Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( ) | Dispnéia ao esforço ( ) | Outro
		Prejuízos músculo esquelético ( ) | Desuso ( ) | Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) | Dor ( ) | Fadiga ( ) | Obesidade ( ) | Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( ) | Dispnéia ( )
			Batimento de asa de nariz ( ) | Ortopnéia ( ) | Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) | Queimaduras ( ) | Vômito ( ) | Diarréia ( )	
		Drenos ( ) | Outros ( )	
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( ) | Defesas primárias inadequadas ( )	
		Procedimentos invasivos ( ) | Outro ( )	
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( ) | Medicações ( )	
		Extremos da idade ( ) | Agitação/Desorientação ( )	
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) | Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( ) | Outro ( )
		Ruído ( ) | Imobilização física ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )
13	Outro		
14	Outro		

GOVERNO DA PARAÍBA

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

PACIENTE:	**ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO**
DATA DO EXAME:	**03/04/2018**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

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

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocos, assim como de hemoretroperitônio.

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | CRM-PE 19003

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: Israel Wellay Alves Araujo	PRONTUÁRIO:

IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS: Politrauma

RAIO X REALIZADO 03/04/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Adriano Roberto de Paula
TÉC. RADIOLOGIA
CRTR 020277 RN/PB

EXAMES SOLICITADOS: Radiografia torax AP
pelve AP
tNZ (E) AP e perfil
joelho (E) AP e perfil
colunas (E) AP e perfil

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9969 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
DATA: 3/4/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: Israel Marley Silva Araújo	PRONTUÁRIO:

IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS: Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em 03/4/18

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 8969 CREMEPE 23634
DATA: 03/4/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (OA.)	Protocolo:	0000395384	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	04-04-2018 10:43	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	AREA AMARELA

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:19)

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.2 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	15,8 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	47 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M	91 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M	30 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M	33 g/dL		32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	13.900 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	5,0	695	
Segmentados	79,0	10.981	45 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	15,0	2.085	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	1,0	139	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	323.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	Protocolo:	0000395384	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	04-04-2018 10:43	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21]
Material: Sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 6010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 2 de 2

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ok

Diagnóstico

[illegible]

Paciente	[illegible]	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
08-06	1 – Dieta livre	07			Pós
	2 – S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	10	22	[illegible]	[illegible]
	3 – Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14	22	06	[illegible]
	4 – Tilatil 20 mg I. V. 12 /12 h.	18	06		[illegible]
	5 – Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	[illegible]			[illegible]
	~~6 – E. C. G.~~				[illegible]

Fazer curativo

... da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO CRM 3335

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

TRAU / NR ESP.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	KRAN WESLEY	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
06/04	1 – Dieta livre	CT						BEG,
	2 – S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.			18			06	ESTÁVEL
	3 – Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).		14		22		06	SAÚDE
	4 – Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h.			18			06	PERMANECE INTERN.
	5 – Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.						06	ACOMPANHADO
	6 – C. C. G.	CT						CLINICA
	7 CURATIVO	CT						ESTÁVEL OK

MOD. 035

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 Eliete da Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente Israel Wesley da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

RD. 1.589.168
CPF. 854.352.954-91

Em, 06 de 04 de 18.

Eliete da Silva Araújo Lima
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

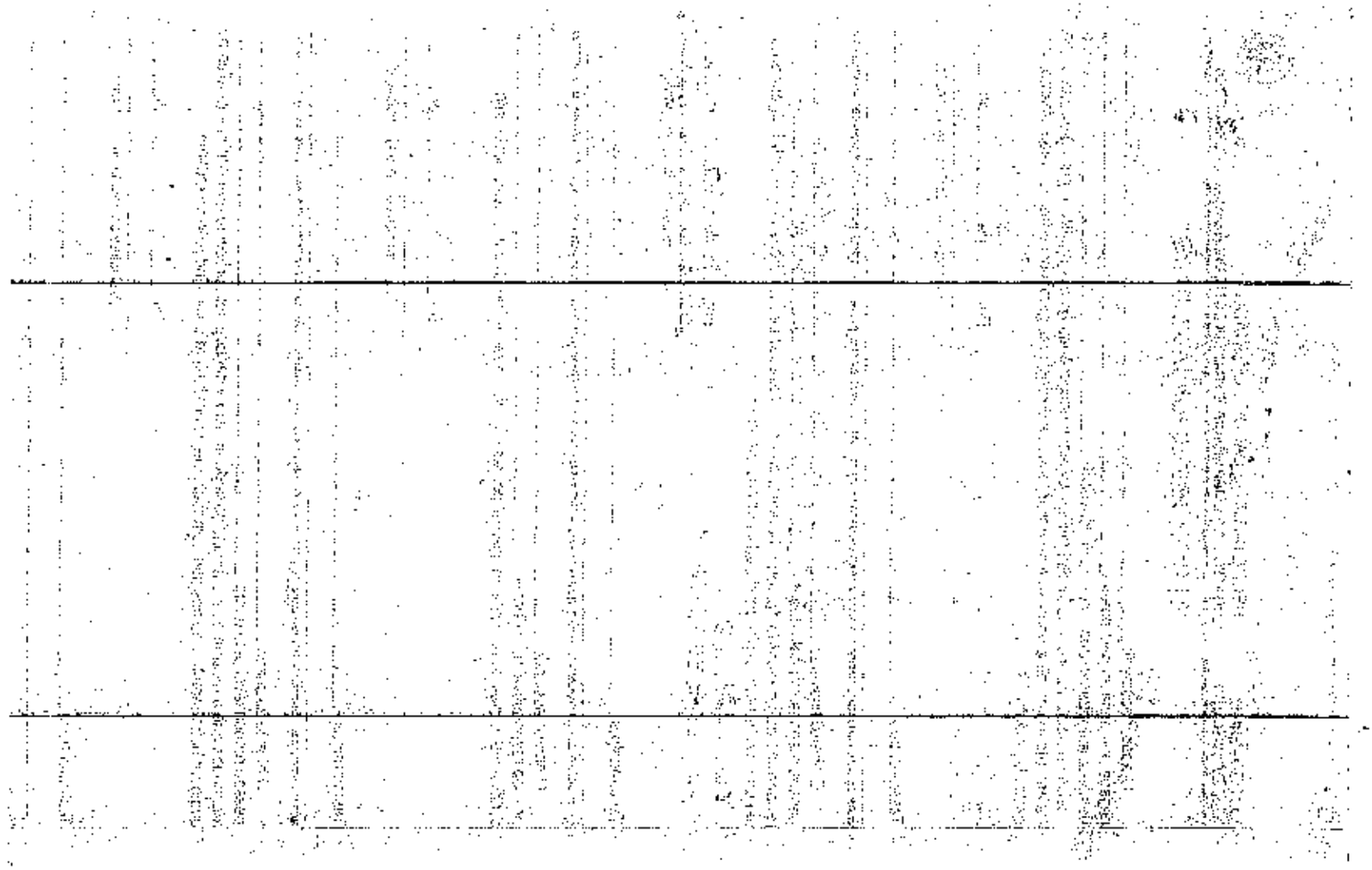
Testemunhas: _____

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: _____



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente	[illegible]
Alojamento	7
Leito	1
Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8-06	1 – Dieta livre		
	2 – S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.		
	3 – Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).		
	4 – Tilátil 20 mg I. V. 12 /12 h.		
	5 – Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.		
	6 – C. C. G.		

Dr. Cícero dos Santos da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3335

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FRAT 1/N2 ESP.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	FRAN WESLEY	Alojamento	7	Leito	1	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
06/04	1 – Dieta livre	CT						BEG,
	2 – S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.			18			06	ESTÁVEL
	3 – Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).		14		22		06	SA PLENA
	4 – Tilatil 20 mg I. V. 12 /12 h.			18			06	PERMANECE LIGADO.
	5 – Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.						06	ACORDADO
	6 – C. C. G.	CT						CURA
	7 CURATIVO	CT		08:00				ÉRNIA OK

MOD. 035

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 Elieth da Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente Israel Wesley da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

RD. 1589.168
CPF. 854.352.954-91

Em, 06 de 04 de 18

Elieth da Silva Araújo Lima
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: _____

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

Diagnóstico

Fx tíbia (E).

Paciente	Israel Wesley	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
03/04	Dieta livre	SND					Admissão
	SRL 1500ml EV p/ 24h	~~1~~	~~2~~	~~3~~			Pct vítima de trauma p/ moto há ± 4h c/ queixa de dor + edema em tíbia (E)
	Dipirona 500mg + AD EV 6/6h	~~06~~	~~06~~				Nega alergias
	Tilatil 20mg + AD EV 12/12h.	~~00~~					Cd:
	Omeprazol 40mg EV jejum		~~06~~				Interno p/ tto cirúrgico após avaliação da Cardiologia
	Tramal 100mg + 100ml SF EV 6/6h	~~00~~	~~06~~				
	Nausedron 01 fa EV 8/8h - SN.						
	Tala bota MIE.						
	SSN + CCGG.	SNE					Exames pré op.
	Avaliação p/ Cr. Geral antes de Interno						

Hallesson Borros de Almeida
SECRETARIA E TRANSPORTE SOV.

Hallesson Borros de Almeida
SECRETARIA E TRANSPORTE SOV.

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO

Israel Wesley

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO 7 . 1

Paciente	Israel Wesley	Alojamento:	8	Leito		Convênio	HTNZ

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/04	1.Dieta Livre	SN	
	2.SRL 1500ml EV/24h	12	
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12 06 00 06	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12 00	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN	
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia	20	
	9.SSVV + CCGG	ATT	

Dr. Schubert Costa
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia de Coluna
CRM 5233

Dr. Schubert Costa
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia de Coluna
CRM 5233

04.04.18. 10H - 120x80 - Paciente consciente, orientado, com RUP. Com MIE imobilizado com bota ortopédica. Apresenta escoriações no corpo. Segue em observação.

04.04.18 16:00 Paciente segue sem alteração, feito enfaixamento no braço e medicado.

Dra. Paula Soares
CRM-RJ 52.999-0

Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Israel Luiz da Silva Araujo, portador (a) do RG nº 3.780.458 e de CPF nº 108.735.824-89, solicito ao Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia do Prontuário do paciente Israel Luiz da Silva Araujo referente à Cirurgia de Varicocele do dia 06/09/2018.

Campina Grande, 06/09/2018

Solicitante: Israel Luiz da Silva Araujo

Telefone: 99322-3939

RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia de prontuário do paciente Israel Luiz da Silva Araujo.

Campina Grande, 20/08/2018

Recebido por: Israel Luiz da Silva Araujo

RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89

SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/04/2018
HORA: 17:22:17

64162

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
34851	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	06/01/1995	23	M			1-CATOLICA

Estado Civil: -
CPF:
RG: 3780458 SSP PB
Grau de Instrução:
Profissão:
Fone Residencial: 991468846
Fone Trabalho:

Filiação
Mãe: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO
Pai:
Complemento Endereço:

Endereço
R.CICERO GALDINO BATISTA,88 - MERCADO, POCINHOS-PB CEP:

Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Setor
64162	06/04/2018 17:25	07/04/2018 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV

Tipo Atendimento: 5-INTERNACAO CIRURGICA
Motivo Atendimento: 4-INTERNACAO/URGENCIA

Médico Atendente
310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA

Plano / Convênio
0-PARTICULAR/0-PARTICULAR

Nº Carteira:
Validade:
Nº CNS:

Posto
POSTO 100

Acomodação
121813 POSTO 100 - APTO 103

Leito
APT-103 1

34851

Guia
INTERNACAO

Procedimento
[illegible] INTERNACAO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO , 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, anestesias, 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: ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Endereço: R CICERO GALDINO BATISTA, 88 Bairro MERCADO, POCINHOS-PB
Telefone: 991468846

CAMPINA GRANDE , 06 de Abril de 2018

ROSANA FERREIRA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Ana Carolina T. de Souza
ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
	NOME: Israel Wesley
	CONVÊNIO:
PRESCRIÇÃO MÉDICA	Nº PRONTUÁRIO:
Nº: DATA:	HORA: QUARTO/LEITO: 103

QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	[illegible]	
	[illegible]	20:30 02:30 06
	[illegible]	99
	[illegible]	20:30 04:30
	[illegible]	
	[illegible]	20:30 02:30
	[illegible]	

Valdelício Cesar de Abreu Junior
Anestesiologista
CRM 9736
CPF: 034.413.044-46

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

DESTINO:

RECEBIDO POR:

1ª VIA - PRONTUÁRIO 2ª VIA - FARMÁCIA

Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde
SAS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

OME DO PACIENTE: Israel Wesley
URTO/LEITO 103
DATA ADMISS.:
CONVÊNIO Partic.
PRONTUÁRIO:

DATA	HORAS	PA(mmHg)	T C	R(irp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERM+COREN
06/04	17:41	150x90											Enf.ª 1169733
06/04	22h	120x80	37º	20									76532

CONTROLTE DE OXIGÊNIO

CONTÍNUO ( )				CONTÍNUO ( )				CONTÍNUO ( )				CONTÍNUO ( )			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
GADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
GADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
ADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			

- ~~[illegible]~~ Paciente admitido para tratamento específico, SS VV Ofrido e as cuidados

Érica C. da Silveira
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PR 139733

: Paciente em P.O.I Tratamento Cirurgico Fratura Tornozelo, Conciente e Orientado, sendo medicado c.p.m. em venoclise, segue em repouso no leito sd cuidados e Controles da Enfermagem. _____ ~~[illegible]~~

Realizado Raio X anexo no Sistema.

LEONARDO CEZAR

CIRURGIA DA MÃO
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE

06/04/18

Leonardo Cezar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Coluna e Microcirurgia
CRM PB 6170

MAIOR

leocezzar@hotmail.com
www.leonardocezarmao.com.br

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata).
Clínica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 32011918
(83) 9 99974277.

Centro Hospitalar João XXIII (SAS)

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100 06/04/19

PACIENTE Israel Wesley da Silva Araujo		CONVÊNIO Part.		APTO 103
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para dieta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensivel (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento			04	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)			09	
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			06	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqual nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saude
SAS

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Israel Wesley IDADE: LEITO 103

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMERIO (A): COREN:

DATA: / / TURNO: TARDE

ENFERMERIO (A): COREN:

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em pós operat. Tornozelo esquerdo em Vancode + ATB, afebril no momento consciente, apresentou pequeno sangramento no local, em observação

ENFERMERIO (A): COREN: 79071

Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde
SAS

CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 06 / 04 / 18 Hora 10:35

Procedimento a ser realizado:

☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca

Identificação: Etiqueta do paciente

Israel Wesley da S. Araujo

CHECK-LIST

☒ Prontuário Completo Rx ☒ em sistema	☐ Pen Drive/ CD
☐ Pulseira de Identificação	☐ Tricotomia local da cirurgia
☐ Avaliação Pré-Anestésica	☐ Exames Laboratoriais
☐ Consentimento Cirúrgico	☐ Exames Radiográficos
☐ Jejum desde: 06 / 04 / 18 às 06 h	ECG
☐ Alergias: Nega	☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas

Técnico de Enfermagem Sandra COREN: 1254589

OBS:

RI: 64362

Centro Hospitalar João XXIII (SAS)

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente: Israel Wesley da Silva Araujo 23 anos

Registro: 348551 | Quarto: 103 | Leito: 1 | Sala: 02 | Convênio: Particular

Cirurgião: Dr. Leonardo | Anestesia: Dr. Valdemiro

Cirurgia: Trat. Cirúrgico Fratura Tornozelo

Instrumentador: | Anestesia: Roque

Data: 06/04/2018 | Início: 19:20 | Término: 20:30

QTD	MED. ANESTESICAS	QTD	MATERIAL /SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epitezan
01	Dimof amp 1 mg	02	Agulha Descartável 40x12		Kolagenase
01	Dimof amp 0,2 mg		Agulha Descartável 13x4,5		Nebacetim
	Dormonid amp		Agulha Peridural nº 17		Xilocaina Gelêia
	Esmeron amp		Agulha Raqui nº 25		
01	Fentanil amp. 2 ml	01	Agulha Raqui nº 27		
	Fentanil amp. 10 ml	03	Atadum de Crepom nº 13x11		
	Hypnomidate		Atadura Gessada nº		
	Ketalar fr/amp.		Bolsa Colostomia		
01	Marcaina fr. Pesada		Borracha Silicone		
	Narcan amp	01	Cateter p/02		
	Nilperidol amp		Cateter Peridural		
	Nimbium	200	Clorhexedina Alcoólica ml	QTD	FIOS
	Propofol amp		Clorhexedina Aquosa	03	Mononylyon 3-0
	Severine	100	Clorhexidina Degermante 4% ml		Mononylyon
	Tramal amp	05	Compressa Grande (45x50 -0131)		Catgut cromado
	Tracrium		Dreno		Polycot
	Raptfen	05	Eletrodo Dose.		Polycot
QTD	MEDICAÇÕES	01	Equipo Macrogotas c/injetor		Prolene
04	Adrenalina		Equipo Microgotas c/injetor		Prolene
01	Água destilada amp		Equipo 4 vias		Vicril
	Antok amp		Esparadrapo		Vicril
	Atropina amp		Filtro p/Respirador 100ml		Cromado
	Buscopan amp	06	Gases com Iodoform		Cromado
02	Cefazolina(Kefazol)	08	Gelco nº 20		Simples
01	Decadron amp		Intracath Adulto		Simples
02	Dipirona amp		Lâmina de Bisturi nº 11		Ethibond
	Dramin amp		Lâmina de Bisturi nº 15		Ethibond
	Efedrina amp	02	Lâmina de Bisturi nº 23	QTD	SOROS
	Gentamicina amp	03	Luva Proced Amarela	03	SF 100 ml
	Glicose amp		Luva nº 6,5 (estéril)	01	SF Normotérmico fr 500ml
	Hidrocortisona amp	03	Luva nº 7 (estéril)	01	SF Gliceto fr 500 ml p/ cavidade
	Hisacel	03	Luva nº 7,5 (estéril)		SF Hipertérmico fr 500ml
	Kanaldon amp	02	Luva nº 8 (estéril)	02	Soro Ringer fr 500 ml
	Kefin fr		Luva nº 8,5 (estéril)		SG fr 500 ml
	Lasix amp		Micropore		SG fr 100 ml
	Metronidazol amp	02	Oxigênio l/m n entubado	QTD	ORTESE E PROTESE
01	Naudodron amp		PVPI Degermante		Gravi ótico cirúrgico
	Novabupi 0,5% c/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ ag)		+ Intensificador de
	Novabupi 0,5% s/vaso		Seringa descartável 3ml (c/ ag)		imagem
	Omeprazol		Seringa descartável 5 ml(c/ag)		
	Plasil amp	02	Seringa descartável 10 ml (c/ag)		
	Profenid fr	01	Seringa descartável 20 ml (c/ag)		EQUIPAMENTOS
	Prostigmine amp		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		(X) Oximetro pulso ( ) Foco Auxiliar
	Quelicin		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		( ) Serra ( ) Eletrocautério
	Rocefin fr (Ceftriaxona)		Sonda Endotraqueal nº		( ) Desfibilador ( ) Odcapinogáfico
01	Tiatil fr		Sonda de Foley nº		( ) Foco Frontal (X) Cardiomonitor
	Transamin amp		Sonda de Foley nº		( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico
	Toradol		Sonda Nasogástrica nº		Tempo de Odgênio
	Xilocaina 2% c/caso		Sonda Uretral nº		Circulante Responsavel
	Xilocaina 2% s/caso		Tomerinha		Simone
			Urofix		

ANESTESIOLOGISTA: [illegible]
Antônio Cabral de Abreu Junior
Anestesiologista
CRM 9736
Opt. 013.044-46

CPF [illegible] CRM [illegible]

ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:

CPF CRM

PACIENTE: Israel Nunes de Sá Oliveira

IDADE: 23 SEXO: MAS [X] FEM. [ ] APTO [ ] ENF. [ ] UTI [ ]

IMC.: ___ PESO: ___ ALTURA: ___ ASA: I-II-III-IV-V-VI

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Tornozelo

HOSPITAL: [illegible] DATA: 06/04/16

CONVÊNIO: Particular

NÚMERO DA CARTEIRA:

GUIA DE INTERNAÇÃO:

SENHA:

INÍCIO: 19:10 TÉRMINO: 20:20

HORÁRIO ESPECIAL: SIM [X] NÃO [ ]

CIRURGIÃO: [illegible] 1º AUX.: 2º AUX.:

CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	VIA%
1	Tratamento Cirúrgico Frat. Tornozelo (E)	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

HORA:

AG. INAL.

LÍQUIDOS

S. Glicosado 5%:

S. Fisiológico 0,9%: 1000

Ringer Lactato: 500

Conc. de Hemácias:

TOTAL =

OXIMETRIA

CAPNOGRAFIA

DIURESE: 1ª HORA = 2ª HORA = 3ª HORA = 4ª HORA = T=

MONITORIZAÇÃO: [ ] PAM [X] PANI [X] ECG [ ] PVC [ ] TNM [ ] Esteto. Esofágico [ ] Esteto. Precordial [ ] BIS [ ] AN. Gases

DROGAS UTILIZADAS

1 - [illegible]	9 - [illegible]	17 -	25 -
2 - [illegible]	10 - [illegible]	18 -	26 -
3 - [illegible]	11 -	19 -	27 -
4 - [illegible]	12 -	20 -	28 -
5 - [illegible]	13 -	21 -	29 -
6 - [illegible]	14 -	22 -	30 -
7 - [illegible]	15 -	23 -	31 -
8 - [illegible]	16 -	24 -	32 -

Transferido para: [X] RPA [ ] UTI [ ] APTO. [ ] ENF. [ ] ___

INDUÇÃO: [ ] Endovenosa [ ] M. LARÍNGEA Nº: ___

BLOQUEIOS: [X] Raquianestesia [ ] Peridural [ ] Simples

Técnica/ Observações:

Documentos de identificaca

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **108.735.824-89**

Nome: **ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO**

Data de Nascimento: **06/01/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/10/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:35:21** do dia **30/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **13F9.20B5.3EAE.33E5**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038533/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do acidente: 03/04/2018

CPF: 108.735.824-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO : 108.735.824-89

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/02/2019	Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 108.735.824-89	CPF: 156.118.057-28
ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Israel wesley da Silva Araujo

DATA DO ACIDENTE 03/04/2018 CPF DA VÍTIMA 108.735.824-89

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Israel wesley da Silva Araujo

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Cícero Goldino Batista

Nº 88E COMPLEMENTO BAIRRO Jardim Etelvina

CIDADE Pocinhos UF PB CEP 58150.000

E-MAIL Israelwesley087@Gmail.com TELEFONE (83) 99372-3939

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/01/19

IDENTIDADE 3.780.958

ASSINATURA Israel wesley

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel wesley da Silva Araujo inscrito (a) no CPF/CNPJ 108.735.829-89, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Israel wesley da Silva Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.735.829-89, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Israel wesley da Silva Araujo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.735.829-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Desempregado Renda: Nem uma e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, boletim de ocorrência, laudo médico, atendimento do SAMU

☐ 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		Número	Complemento
Cícero Caldino Batista		88	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Jardim Etelvina	Pocinhos	PB	58150-000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
~~ISRAELWESLY~~ ISRAELWESLEYCR7@GMAIL.COM		(83) 99372-3939	

Pocinhos de 23 / 01 / de 2019
Local e Data

Israel wesley da Silva Araujo
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

SEGURO DPVAT
SAC DPVAT
CEP: 20031-205

Rio de Janeiro - RJ

Rua: Senador Dantas, 74, 15º andar
Centro

Israel wesley da Silva Araujo
Cícero Galdino Batista 88°
Pocinhos - PB
CEP: 58150-000
Jardim Elétrico

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038533/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do acidente: 03/04/2018

CPF: 108.735.824-89

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO : 108.735.824-89

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/02/2019	Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 108.735.824-89	CPF: 156.118.057-28
ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190089254 **Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO**

Data do Acidente: 03/04/2018 **Cobertura: DAMS**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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	Nome completo da vítima
	108.735.829-89	Israel wesley da Silva Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Israel wesley da Silva Araujo	CPF titular da conta: 108.735.829-89		Profissão: Desempregado
Endereço: Cicero Caldine Batista		Número: 88	Complemento:
Bairro: Jardim Elefante	Cidade: Pocinhos	Estado: PB	CEP: 58150.000
Email: ISRAELWESLEYCR7@Gmail.com			Telefone (DDD): (83) 99392-3939

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.

Autorização de pagamento

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
- ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- ☐ 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) Variação 51

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO	D/V
2469	4	13.866	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO	D/V
(Informar dígito se existir)		(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.

Pocinhos de 27/01/19
Local e Data

Israel wesley da Silva Araujo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Israel wesley da Silva Araujo
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DAMS

Boletim de ocorrencia

GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL-
DELEGACIA DE POCINHOS
Rua Padre Antônio Galdino, Nº 211 - Centro - Pocinhos - 58150-000 - (83)

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL - POCINHOS-PB

OCORRÊNCIA Nº 000148/18

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 000148/18 registrada em 11/06/2018, que passo a transcrever na Integra: Aos onze dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Pocinhos, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POCINHOS, quando encontrava-se presente o Bel. LAMARTINE LACERDA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:51 horas, compareceu o Sr. ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, com 23 anos de idade, filho de EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS e ELIETE DA SILVA ARAÚJO LINO, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de POCINHOS - PB, Solteiro, escolaridade Superior Incompleto, profissão ESTUDANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3.780.458, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10873582489, residindo à rua CÍCERO GALDINO BATISTA, Nº 88, bairro JARDIM ETELVINA, na cidade de Pocinhos - PB, celular (83)99372-3939.

Declarou que:

QUE é proprietário da MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, COR PRETA, ANO 2011/2011, PLACA NPY 4243/PB, CHASSI 9C2NC4310BR106976, RENAVAM 0031525274-0, LICENCIADA EM NOME GUSTAVO CESAR DE S. RIBEIRO; QUE na data de 03/04/2018, aí por volta das 18:40h, quando transitava na motocicleta supra citada, nas imediações do ginásio de esportes, centro dessa cidade de Pocinhos/PB, sofreu um acidente ao tentar desviar de um cão que atravessava a rua naquele momento; QUE na ocasião, o comunicante, que estava sozinho, derrapou e tombou no chão, tendo a base do motor da moto lhe fraturado a perna esquerda em três pontos distintos; QUE foi socorrido por populares no local, que por sua vez chamaram de imediato o pronto atendimento do SAMU local; QUE após o primeiro atendimento médico, foi conduzido pelo SAMU ao Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande/PB, onde foi examinado e permaneceu aguardando cirurgia por três dias; QUE após esse período, foi removido ao Hospital João XXIII, na mesma cidade, onde teve atendimento particular e passou por intervenção cirúrgica na perna esquerda, onde foram colocados 05 (CINCO) pinos e uma placa; QUE no dia seguinte à cirurgia, retornou para casa, onde permaneceu aproximadamente um mês de recuperação na cama e afirma que atualmente continua em tratamento fisioterapeutico. 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.

Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO
Declarante

GLEYDSON C. CAVALCANTE
Escrivão

RECEBIDO
29 JAN 2019
Seguradora Líder DPVAT

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME
(X) BO em cópia simples
( ) Comprovante de despesas médicas em cópias
( ) Certidão de Óbito em cópia simples
( ) Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinaludo conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT

POCINHOS – PB

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade

SAMU

Comprovacao de ato declar

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Israel W. da Silva Araújo, vitima acidente de moto no dia 03/04/2018, zona urbana do município de Pocinhos, sendo encaminhada para HOSPITA DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:

Valquíria Anselmo de Souza Lima
Coordenadora Geral e de Enfermagem

Pocinhos-PB 28/06/2018.

Rua, Apolinário Costa SN, Nova Brasília – Celular (83) 9154 - 8652.
Celular (83) 8183-9572 CEP: 58150 - 000 Pocinhos - PB

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel wesley da Silva Araujo,

RG nº 3.780.458, data de expedição 14/08/09, Órgão SSP PB,

CPF nº 108.935.824-89, 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)	Cícero Coldeiro Batista
Número	88º
Apto / Complemento	
Bairro	Jardim Elétrico
Cidade	Pocinhos
Estado	Paraíba
CEP	58150-000
Telefone de Contato	(83) 99372-3939
E-mail	Israelwesley012@Gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pocinhos 23 de Janeiro 2019

Assinatura do Declarante: Israel wesley da Silva Araujo

INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 08 - JD ETELVINA
POCINHOS / PB CEP. 58150000 (AG: 71)

Emissão: 09/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7560 Nº medidor: 00008084850

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°018.122.363
Cód. para Débito Automático: 00000911706

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	08/01/2019	05/02/2019	488.418.624-91

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/95670-6

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
06/12/18	13661	09/01/19	13793	1	132	33

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa p/ Tributos Total(R$)	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. PIS/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0915%)	Cofins(R$) (4,9955%)
0601	Consumo em KWh	129,000	0,854430	117,90	117,90	27	31,83	117,90	1,27	5,89
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018			0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018			2,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	BEM SEGURO FÁCIL - ACE 01/2019			5,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação de Item		TOTAL	136,29	117,90		31,83	117,90	1,27	5,89

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
116	15/01/2019	R$ 136,29

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18
122	107	128	112	118	108	89	92	85	132	141	142

RESERVADO AO FISCO

39d3.d40e.11a5.0a17.647f.02f8.a6ab.d47a.

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Pecinhos

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,27	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,54	
DIC ANUAL	25,08	
FIC MENSAL	3,55	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,10	
FIC ANUAL	14,20	
DMIC	3,71	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia	29,00	20,53
Compra de Energia	39,94	29,31
Serviço de Transmissão	4,28	3,20
Encargos Setoriais	6,02	4,42
Impostos Diretos e Encargos	52,03	38,18
Outros Serviços	5,04	3,92
Total	136,29	100,00

Valor do EUSD(Ref. 11/2018) R$ 42,62

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Dez/18 140,19
Ago/18 87,17

- REAVISO. Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/01/2019 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora será comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - ()-
- O cancelamento da cobrança ao convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora

energisa PARAIBA

Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7560
Referência: 05570-2019-01-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
15/01/2019	R$ 136,29