
Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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 e 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





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

108.735.829-89

Nome completo da vítima

Amiel Wesley da Silva Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Amiel Wesley da Silva Araújo		108.735.829-89		Desempregado
Endereço		Número		Complemento
Cícero Cabralino Batista		88		
Bairro	Cidade	Estado	CPF	
Sacredim Etelvina	Pocinhos	PB	58130.000	
Email				Telefone (DDD)
ISRAGLWesleyCB3@gmail.com				(83) 99392-393

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
 ☐ 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 SL

AGÊNCIA

NRO.

2469

D/V

4

CONTA

NRO.

13.866

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

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.

Pocinhos de 23/01/19
Local e Data

Amiel Wesley da Silva Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amiel Wesley da Silva Araújo
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL-
DELEGACIA DE POCINHOS

ua Padre Antônio Geldino, Nº 211 - Centro - Pocinhos - 58150-000 - (83)

Boletim de ocorrência



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 íntegra: 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, ai, 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, ai 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 fisioterapêutico. 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.

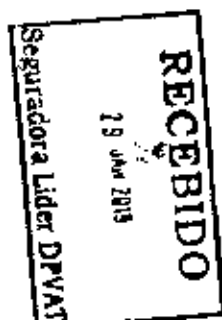
Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO

Declarante

GLEYDSON C. CAVALCANTE

Escrivão



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



POCINHOS - PB

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



SAMU

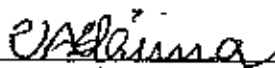
Comprovação de ato declar:



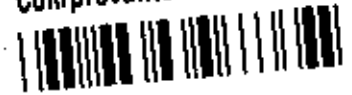
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Israel W. da Silva Araújo, vítima 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.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel Wesley da Silva AraújoRG 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)	<u>Córego Caldeirão Batista</u>
Número	<u>88º</u>
Ango / Complemento	
Bairro	<u>Sacredino Etchimo</u>
Cidade	<u>Pocinhos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58150-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99332-3939</u>
E-mail	<u>Israelwesleycr24@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pocinhos 23 de Janeiro 2019Assinatura do Declarante: Israel Wesley da Silva Araújo

INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 88 - J. DE TELVINA
POCINHOS / PB CEP. 58150-000 (40 71)

Emissão: 08/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R 230 Km 25 - Cód. Referência: João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Retiro: 3 - 78 - 701 - 7500 Nº medidor: 00009064850

ENERGISA

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cód. para Emissão: 00009064850
CNPJ: 08.515.000/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal: 7 Corte de Energia Elétrica PD16.122.232
Cód. para Emissão: 00009064850

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:
Jan / 2019 08/01/2019 05/02/2019 488.418.524-01

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	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 08/12/18 Leitura: 12801	Data: 08/01/19 Leitura: 12789	1	128	23
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base
001 Consumo em kWh	128,000	0,85400	117,00	117,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	2,48	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 11/2018	0,07	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 11/2018	7,65	0,00	0,00	0,00
0002 BEM SEGURO FÁCIL - ACE 01/2018	6,34	0,00	0,00	0,00

CCF Código de Classificação do Item TOTAL 128,00 117,00 31,82 117,00 1,27 5,68

Média últimos meses (kWh) 116 **VENCIMENTO** TOTAL A PAGAR

15/01/2019 R\$ 136,29
Histórico de Consumo (kWh)

122 | 107 | 126 | 112 | 118 | 108 | 92 | 92 | 95 | 132 | 141 | 142
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Classificação	Valor (R\$)
DETERMINAL 6,27	0,00	MOR CIAL 220	Serviços de Dist. de Energia	29,00
DETERMINAL 12,54	0,00		Comércio de Energia	29,00
DETERMINAL 22,06	0,00	CONTRATADA 202	Serviço de Transmissão	4,20
DETERMINAL 3,55	0,00		Energia Setorial	6,62
DETERMINAL 7,10	0,00	LIMITE SUPERIOR 231	Impostos Diretos e Indiretos	52,03
DETERMINAL 14,20	0,00		Outros Serviços	5,34
DETERMINAL 28,40	0,00		Total	136,29

ATENÇÃO Faturas em atraso

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) no todo contiver(em) 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 para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer 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 inadimplência. Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 11.
O cancelamento da cobrança do consumo e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na central de atendimento.

ENERGISA PARAIBA **VENCIMENTO** TOTAL A PAGAR
15/01/2019 R\$ 136,29
Retiro: 3 - 78 - 701 - 7500
Métrica: 85670-2018-01-2

03/04/2016

H1 CG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

H. Pneumotórax E qual

Tossido recente de 20 dias. Ex. físico sem alterações. FAE sem alterações. Transfusão de sangue E.

Dr. Alfo. E. qual. com alterações de oxigênio

rcos Andre Diniz
Médico Cirurgião
CRM 1528141

DESCRIÇÃO DO PACIENTE _____, As _____, hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Via hospitalar / () 24 horas
 () Internação (setor) _____ () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR do HOSPITAL _____ () 24 horas

Dr. Bedeiz Don. da Silva
 Ass. de paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	LEO	IDADE
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111

Impressão: php?contato=1528141



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 Araújo		
End:	R - Manoel Porto	n.º	5487
Data de Nascimento:	06-01-95	Documento de Identificação:	
Queixa:	Doi - ch	Data do Atend.:	03-01-18
		Hora:	19:50
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Nota

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	

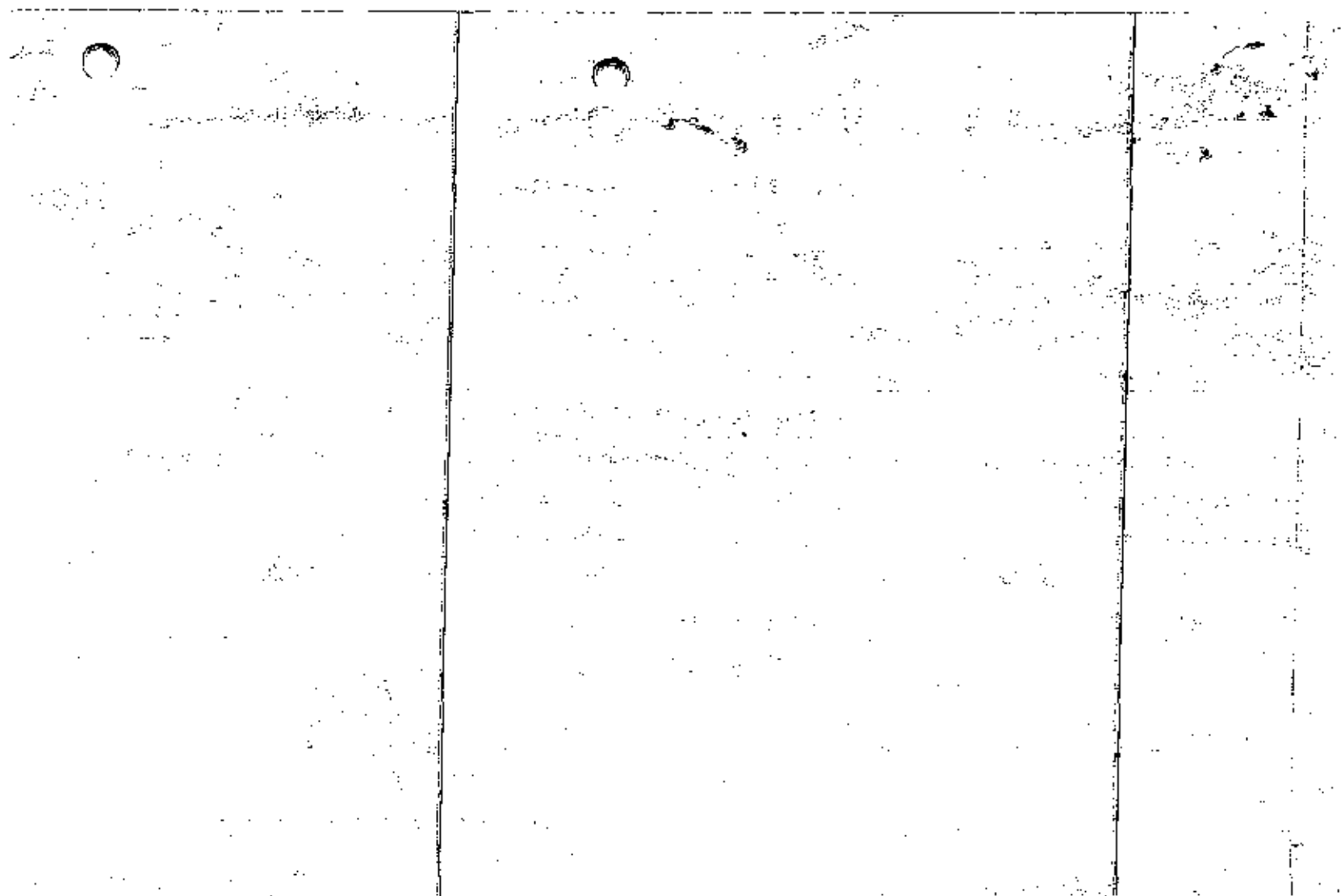
Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



☐ Avaliar distensão 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 oulros).		
☒ Monitor glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Atender para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
☐ Observar e corrigir dificuldades alimentares.		☒ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☒ Realizar banho no leito (SAN) com lavagem de cabeça e couro cabeludo.		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		☒ Diminuir da dor (melhorada / ausente).
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☒ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	Logo da CPM	
☒ Após administrar medicamentos analgésicos, avaliar e registrar os resultados.	CPM	
☒ Incentivar a ingestão de líquidos.	sem mais	☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☒ Observar reações de desorientação/confusão.	sem mais	☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Proporcionar condições de higiene oral e realizar curativos de acordo com necessidade do ACM.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Analisar condições do curativo.		
☒ Orientar e estimular a hidratação da pele.	sem mais	
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☒ Mobilidade física melhorada/adeq.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Função respiratória eficaz.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
☐ 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.	6/4/2018	☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
☐ Utilizar técnica aséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Delimitar 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.		☐ Melhora da posição do sono.
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		
☐ Orientar repouso no leito.		
☐ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros.		☐ Outros
☐ Outros		☐ Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Marta José da Silva Franco
TEL: 011 3333-3333
CRM: 123456

FONTE: RHC-2018, CHAVES, J. D. FCM, A. C. RAE, 2 ed, 2018

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: <u>João Carlos da Silva</u>			
IDADE: <u>35 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1 / 1 / 85</u>	
SETOR: <u>Amarelo</u>		LEITO: <u>8</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPO TENSÃO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/APOIO ☒	ACAMADO ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐
	VOZ ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>amb. com uso de</u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u>amb. com</u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>amb. com</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☒ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u>expressão facial de dor</u>	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	CD/FR: <u>20 22</u>		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICÊMIA CAPILAR.	CD/FR:		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.	CD/FR:		
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.	CD/FR:		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).	CD/FR:		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.	CD/FR:		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.	CD/FR:		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.	CD/FR:		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	CD/FR: <u>amb. com</u>		
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	CD/FR: <u>amb. com</u>		
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	CD/FR: <u>amb. com</u>		

[illegible][illegible][illegible][illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruno Wesley Registro: Leito: 7 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: 140/70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

Ruidos 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

[illegible]

Paciente: Israel Wesley Enfermaria: 7 Leito: 1 Data: 05/04/2018

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Atonia distendida () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal () Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Dor abdominal () Mucosas pálidas () Incapacidade de acessar o banheiro () Outro ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de lavar o corpo () Outro ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotensão () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rancharimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () 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	Asalto () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à poluição () 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/interferência do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal de sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

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 anômicos, 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.

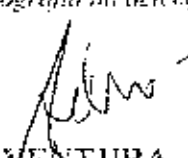
Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

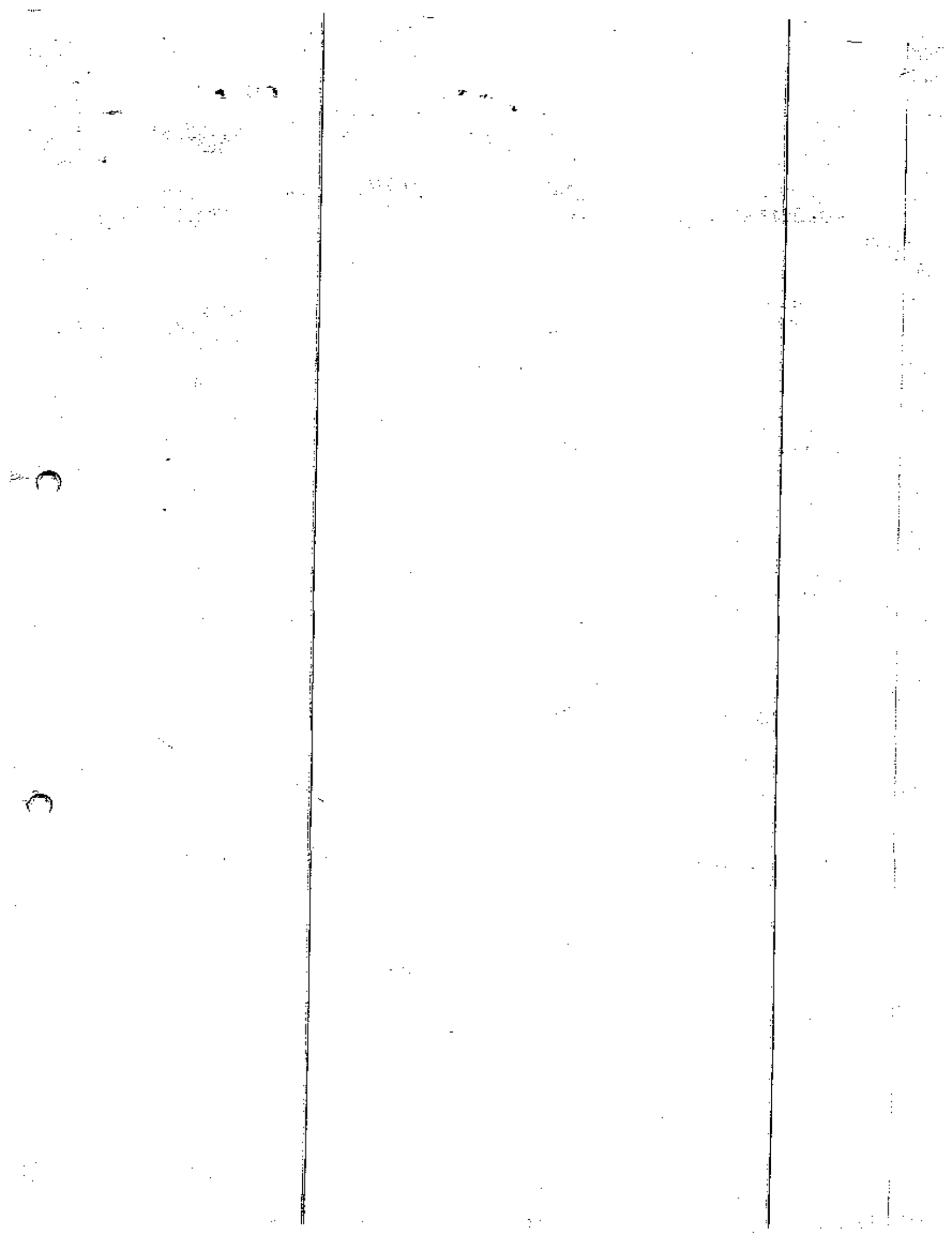
Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

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 ocas, 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 Wesleython Araújo										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

RAIO X
03/04/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Adriano Roberto de Paula
Téc. RADIOLOGIA
C.R.T.R. 020271 RMT

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia torax AP
veloc AP

torax (E) AP e perfil

ENF (E) AP e perfil
veloc (E) AP e perfil

Dr. Danilo Carvalho
MÉDICO
CRM-PB 08959

URGÊNCIA:



ROTINA:

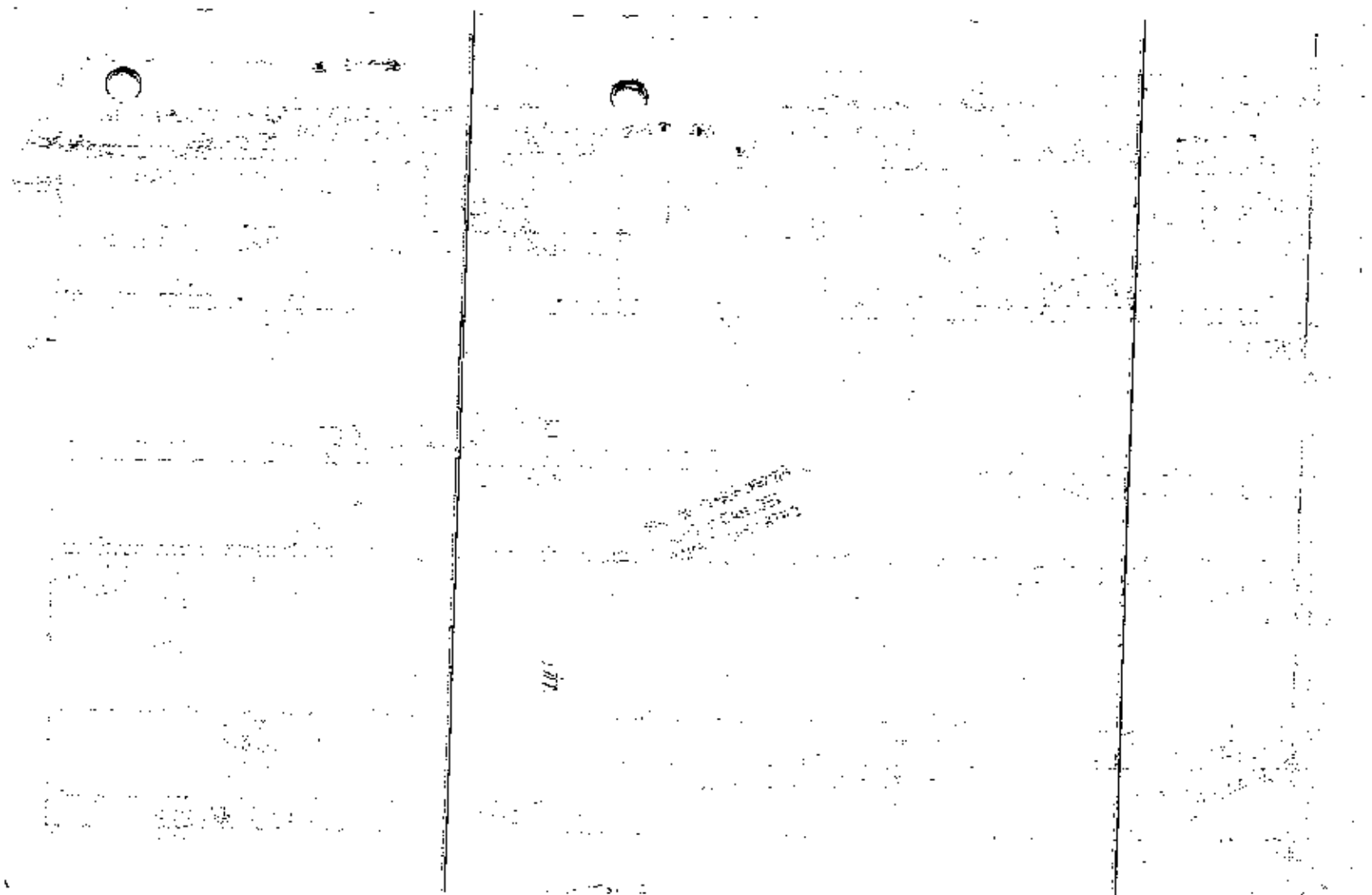


DATA:

3/4/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico



NOME: Israel Wesleyilton Araújo										PRONTUÁRIO:		
IDADE:		SEXO: M ☐ F ☐		COR: B ☐ P ☐ A ☐		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

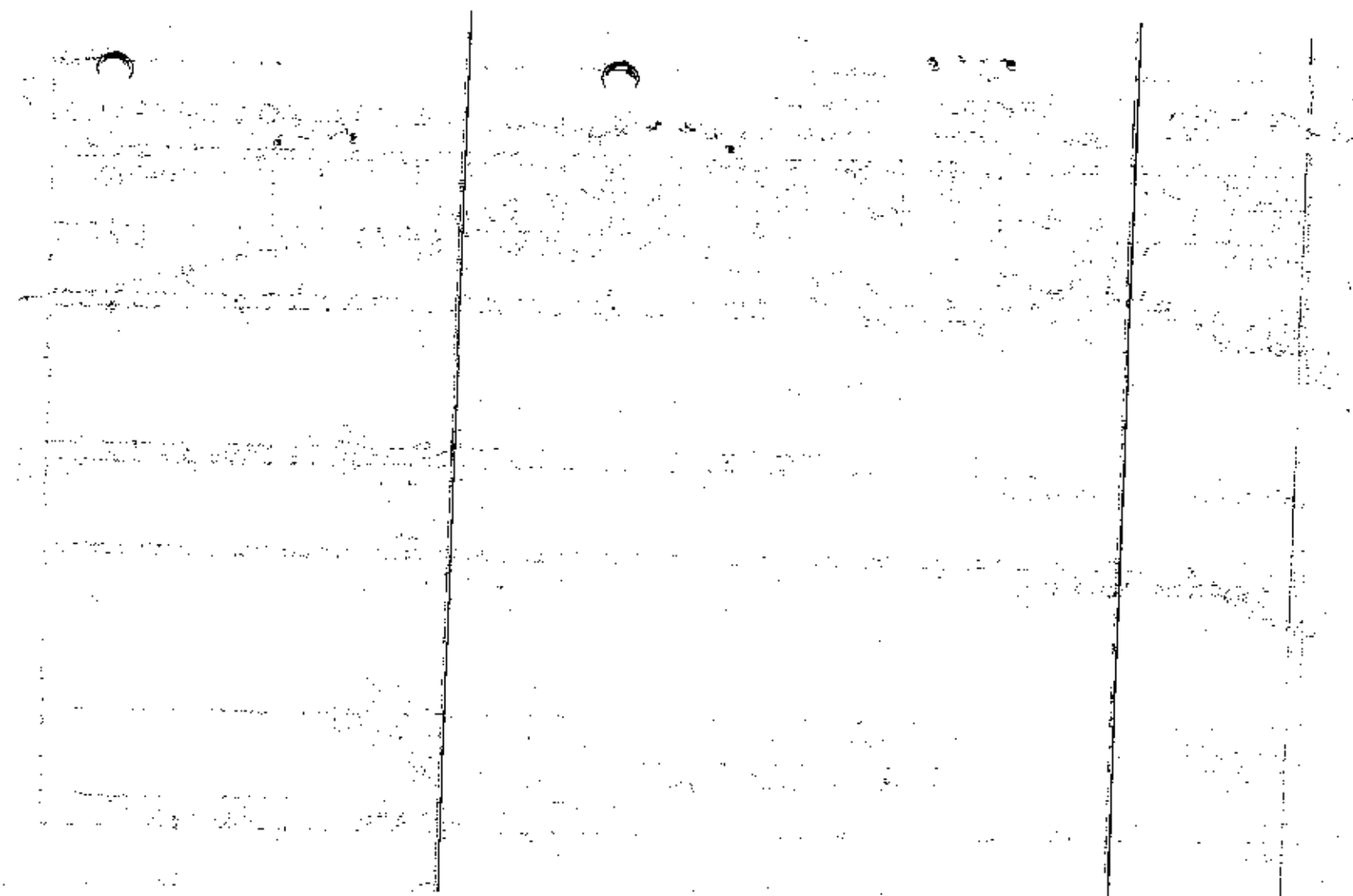
DADOS CLÍNICOS:	Política	
-----------------	----------	--

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	USG FAST
---------------------	----------

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	 Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9569 CREMEPE 23634
DATA: 03/4/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico



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

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:39]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	5.2 milhões/mm ³	4.2 a 5.5 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,8 g/dL	13.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	47 %	40.0 a 52.0 %
V.C.M.....	91 fL	82.0 a 97.0 fL
H.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.900 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	5,0	695	
Segmentados.....	79,0	10.981	40.0 a 75.0 - 1.000 a 8.500 /mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0.0 a 0.8 - até 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2.0 - até 100 /mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	15,0	2.085	20 a 45 - 1.000 a 3.500 /mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	1,0	139	0.0 a 10.0 - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	323.000 mm ³		150.000 a 400.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM 6010



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
De(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: Data

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO

8'00'' min

(DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:23)
Material: Sangue
Método: Ser-Milite

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CREM 6010

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



10-10-10

10-10-10

10

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

12/11/14 14h20

Paciente: APRIL WICKY Alojamento: 7 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
12/11	1 - Dieta livre	CR			estável
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.		18	OK	estável
	3 - Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento)		27	OK	boa evolução
	4 - Tiazol 20 mg I.V. 12 / 12 h.		18	OK	paciente estável
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. 01 x dia.			OK	paciente estável
	6 - C.C.G.	CR			estável
	7 - CURA-7 ml	CR	20/11		estável

m/

THANK YOU

10/20

ON / ASUS &

10/20



TÉRMO 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 Roberto de Silva Araújo Junior
pessoa responsável pelo doente Jaime Vinícius da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

RD. 1584.168

CPF. 854.352.934-91

Em 06 de 04 de 18
Roberto de Silva Araújo Junior
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: _____

1. The first part of the report is a general introduction to the project. It describes the purpose of the study and the objectives that were set at the beginning.	2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the data collection methods, the sample size, and the statistical tests that were used to analyze the data.	3. The third part of the report is a discussion of the results of the study. It compares the findings with the previous research in the field and discusses the implications of the results for future research and practice.	4. The fourth part of the report is a conclusion that summarizes the main findings of the study and provides recommendations for further research.
---	---	--	---

Wang, S. H.

307

2

12/17/14 2:54

1/23/47 16744

u

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Convênio

MOB. 035

10

There were

1000

on the way

10



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
já 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 Collete de Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente José Aldeide da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1584.168

CPF. 854.352.954-91

Em 05 de 04 de 18

Collete de Silva 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

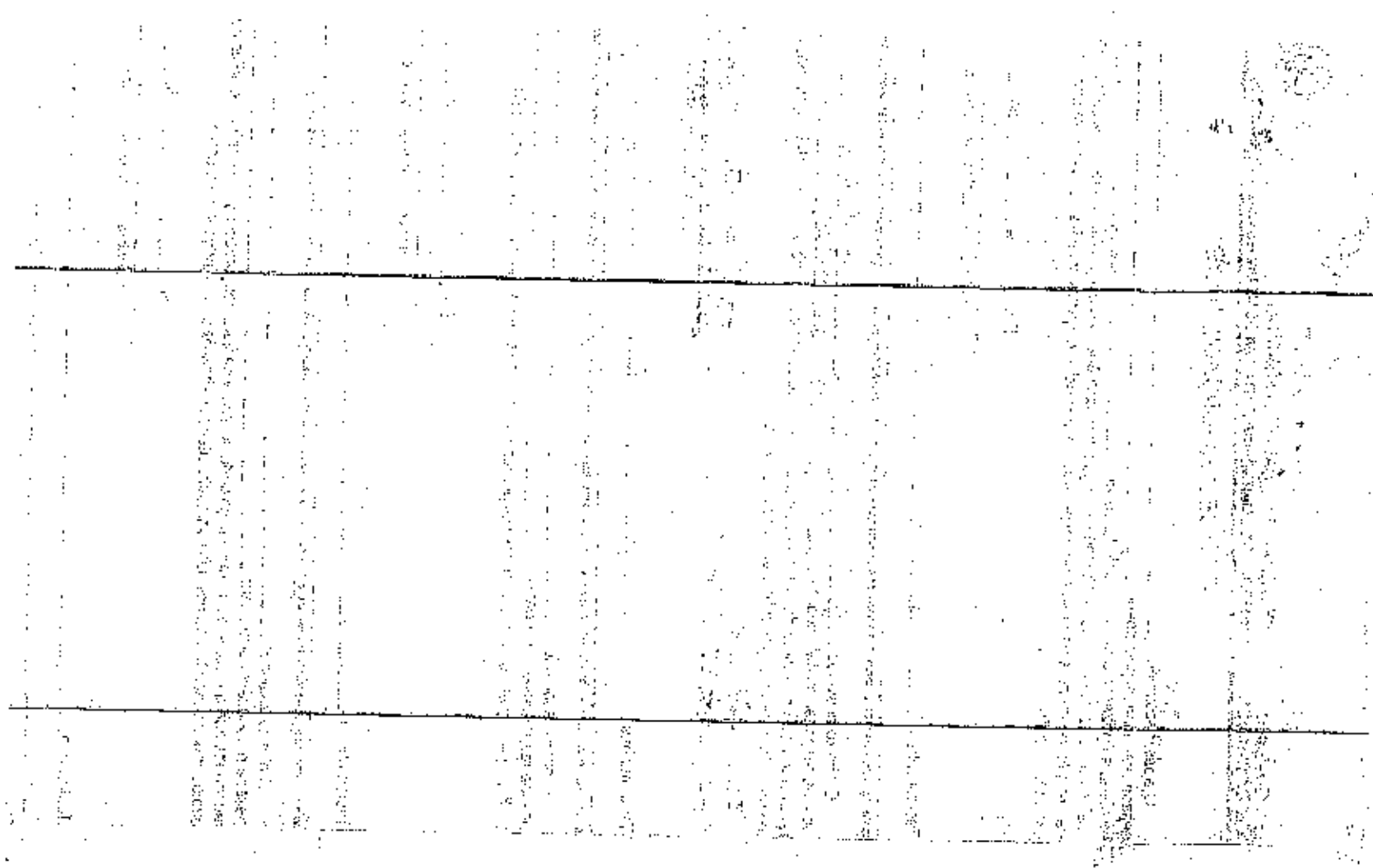
Testemunhas: _____

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 contrariou 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

(

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

fx tny (E)

Paciente Israel Medley

Alojamento

Leito

Convênio

Data Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

03/07

Diet. Luv

SND

Admissões

SRL 4800ml EV p/ 24h

A 2 3

Digünone 500mg + mo EV 6/6h

OK

Mef 20mg + mo EV 12/12h. PO

Petúncia de trauma p/ mo to há ± 4h c/ quadro de est + socorrido em urg (E) Merg sempre cd i

Omeprazol 40mg EV qd

OK

Traum 400mg + 100mg SE EV 6/6h qd

Interno p/ tro curto

Nauseação 01 fta EV 8/8h - SA

Toler notc mte.

após avaliação da Dor e Grief.

SBN + CCEG.

OK

VPM

Avaliação p/ cr. Grief após de Intenar

Exames pré op.

HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
HISTÓRIA DE DOENÇAS ATUAIS
HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
HISTÓRIA DE DOENÇAS ATUAIS
HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

[illegible]

DIAGNÓSTICO

Isabel Wisley

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7

Paciente: Isabel Wisley Alimento: 8 Leito: 8 Convênio: 847112 15

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

09/04

1. Dieta líquida

2. SRL 1500ml EV/24h

3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h

4. Tilactil 20mg + AD EV 12/12h

5. Omeprazol 40mg EV/jejum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN

7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN

8. Cleaxane 40mg SC/dia

9. SSV + CCGG

RECEITA
Nº 15572
V. 20/04/2012

Dr. Schubert Costa
Otorrinolaringologista
CRM 15572

04.04.18 - 10h - 100% PP - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.
Regras em observação.

04.04.18

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.

10:00 - 1200m contendo, quantidade, com App. Com
ME unidades com boa grama. Apresenta escorregadia no campo.



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Araceli Maria da Silva Araújo, 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
Araceli Maria da Silva Araújo referente à
Cirurgia de Bimatoprost do dia 06.10.2018.

Campina Grande, 06.10.2018

Solicitante: Araceli Maria da Silva Araújo
Telefone: 94372-3939

RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde - SAS, uma cópia de prontuário do
paciente Araceli Maria da Silva Araújo

Campina Grande, 20.10.2018

Recebido por: Araceli Maria da Silva Araújo
RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89



SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAÚDE HOSPITAL JOÃO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

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



64162

Promitório	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
34851	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	08/01/1995	23	M			1-CATOLICA
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão			
		3780458 SSP PB					
Filiação	Mãe	Paí				Fone Residencial	Fone Trabalho
	ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO					991468846	
Endereço	Complemento Endereço						
R. CICERO GALDINO BATISTA, 88 - MERCADO, POCHINHOS-PB CEP:							

Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Sector	Tipo Atendimento
64162	08/04/2018 17:26	07/04/2018 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA/ELETTIVA - CNV	5-INTERVACAO CIRURGICA
Médico Atendente	Motivo Atendimento			
310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA	4-INTERVACAO URGENCIA			
Piano / Convênio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS	
0-PARTICULAR-0-PARTICULAR				

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 100	121813 POSTO 100 - APTO 103	APT-103 1
Guia	Procedimento	
INTERNACAO	8990005 INTERNACAO	

34851



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, _____, 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 de eventualidade ou da não observância das orientações médicas. Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

CAMPINA GRANDE, 06 de Abril de 2018

ROSANNE FERREIRA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

Responsável: ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Endereço: R. CICERO GALDINO BATISTA, 88 Bairro MERCADO, POCHINHOS-PB
Telefone: 991468846

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:		Edward Wiley	
NURTO/LEITO		103	
DATA ADMISSÃO:			
CONVÊNIO		Parte	
PRONTUÁRIO:			

[illegible]

CONTROLE DE OXIGÊNIO

[illegible]

- ~~Está~~ Paciente admitido para tratamento específico, Ss Vv Otimizado
e as anotações

Enfermagem
Téc. Enfermagem
COREN/PR: 188723

1 Paciente em PAI Tratamento Cirurgico Fratura Tornozelo, Consciente
e Orientado, Sendo medicado C.p.m. em venoclise, segue em repouso
no leito no cuidados e Controles da Enfermagem. Realizado
Realizado Raio X anexo no sistema.



LEONARDO CEZAR

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

Isaías Wesley e Sam

L

1) R. Fernandes

ARD



06/04/18

MAIOR
INSTITUTO DE ORTOPEDIA - CLINICA ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leonardo Cesar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Coloquio e Microcirurgia
CRM 74.345.75-1/2019

leocezzar@hotmail.com

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

(83) 32011918

www.leonardocezarmao.com.br

Clinica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 9 99974277.



Centro Hospitalar João XXIII



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

06/04/18

PACIENTE	CONVÊNIO	MANHA	TARDE	NOITE	APTO
Israel Wesley da Silva Araújo	Part.				103
MATERIAIS	AUDITOR				
Frasco para denta					
Aguilha de Insulina					
Aguilha 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 Fotossensível (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)				02	
Seringa descartável (5ml)					
Seringa descartável (10 ml)				06	
Seringa descartável (20 ml)					
Seringa de insulina					
Sonda Enteral					
Sonda Foley					
Sonda nasogástrica					
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 endotraqueal nº					
Fio de Sutura nº					
Fio para tubo					
Faixa p/tubo					
outros					



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Luizel. Warkley IDADE: _____ LEITO 103
DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: _____ TURNO: TARDE

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em ps operat. Torçozelo esquerdo
em dor + ATB, aférisis no local
carante, apresenta pequena sangramento
no local, em observação

ENFERMEIRO (A): Alp COREN: 79071



CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 06 / 04 / 18 Hora: 18:35

Procedimento a ser realizado:

☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca

Identificação: Etiqueta do paciente

Ismael Wesley das S. Araújo

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: <u>06 / 04 / 18</u> às <u>06</u> h ECG		
☐ Alergias: <u>Nega</u>	☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas	
Técnico de Enfermagem: <u>Andra</u> COREN: <u>1254589</u>		

OBS:



Centro Hospitalar João XXIII
Serviço de Anestesiologia e Dor



RI: 64362

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente: Israel Alencar da Silva Araujo 23 anos
Registro: 34853 Quarto: 103 Leito: 1 Sala: 02 Convênio: Particular

Cirurgião: Dr. Leonardo Anestesiologista: Dr. Valdeimar
Cirurgia: Trat. Cirúrgico Fratura Tornozelo

Instrumentador: Rogério Anestesia: Rogério

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

QTD	MED. ANESTESIAS	QTD	MATERIAL / SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epitoxan
	Dilmaf amp 1 mg		Agulha Descartável 40x12		Kolegonase
	Dilmaf amp 0,2 mg		Agulha Descartável 13x4,5		Nabecotim
	Diamond amp		Agulha Peridural n° 17		Xilocaína Geléio
	Esmarcon amp		Agulha Raquí n° 25		
	Fentanil amp. 2 ml		Agulha Raquí n° 27		
	Fentanil amp. 10 ml		Aladura de Gropom n° 1631		
	Hypnomidate		Aladura Gossada n°		
	Ketalar fr/amp.		Bolsa Colostomia		
	Marcalina fr. Posado		Borracha Silicona		
	Narcan amp		Cateter p/02		
	Nilperidol amp		Cateter Peridural		
	Nimbium		Clorhexedina Alcoolica		
	Propofol amp		Clorhexedina Aquosa		
	Sevofano		Clorhexidina Degermante 4%		
	Tramal amp		Compressa Grande (45x50-0131)		
	Tracrium		Dreno		
	Rapifen		Eletrodo		
	Adrenalina		Equipo Macrogotas c/injetor		
	Agua destilada amp		Equipo Macrogotas c/injetor		
	Atiak amp		Equipo 4 vias		
	Atropina amp		Esperadropa		
	Buscopan amp		Filtro p/Respirador 100ml		
	Cefazolina (Kefazol)		Gasos com 10cm/10cm		
	Decadron amp		Geico n° 310		
	Dipriona amp		Intracath Adulto		
	Drainin amp		Lâmina de Bisturi n° 11		
	Efedrina amp		Lâmina de Bisturi n° 15		
	Geramitina amp		Lâmina de Bisturi n° 23		
	Glicose amp		Luva Procud		
	Hidrocortisona amp		Luva n° 8,5 (estéril)		
	Hizocel		Luva n° 7 (estéril)		
	Kanadon amp		Luva n° 7,5 (estéril)		
	Koflin fr		Luva n° 8 (estéril)		
	Lasix amp		Luva n° 8,5 (estéril)		
	Mefenidazol amp		Microscopo		
	Naudadron amp		Oxigênio 1m		
	Novabupi 0,5% c/vaso		PVPi Degermante		
	Novabupi 0,5% s/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ ag)		
	Omeprazol		Seringa descartável 3ml (c/ ag)		
	Piasil amp		Seringa descartável 5 ml (c/ag)		
	Profand fr		Seringa descartável 10 ml (c/ag)		
	Prostigmina amp		Seringa descartável 20 ml (c/ag)		
	Quelcin		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		
	Rocofin fr (Ceftriaxona)		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		
	Tilalil fr		Sonda Endotraqueal n°		
	Transamin amp		Sonda de Foley n°		
	Toradol		Sonda de Foley n°		
	Xilocaína 2% c/caso		Sonda Nasogástrica n°		
	Xilocaína 2% s/caso		Sonda Uretral n°		
			Tornarinha		
			Urolux		

QTD FIOS

Monomylon 3-0
Monomylon
Calgut cromado
Polycot
Polycot
Prolene
Prolene
Vicril
Vicril
Cromado
Cromado
Simples
Simples
Ethibond
Ethibond

QTD SOROS

SF 100 ml
SF Normotônico fr 500ml
SF Glicose fr 500 ml
SF Hipotônico fr 500ml
Soro Ringar fr 500 ml
SG fr 500 ml
SG fr 100 ml

QTD ORTESE E PROTESE

União Orto Cirúrgico
Internacional de
Ortopedia

EQUIPAMENTOS

Extensômetro pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Oxidoprogénico
() Foco Frontal () Cardiomonitor
() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

Tempo de Oxigênio

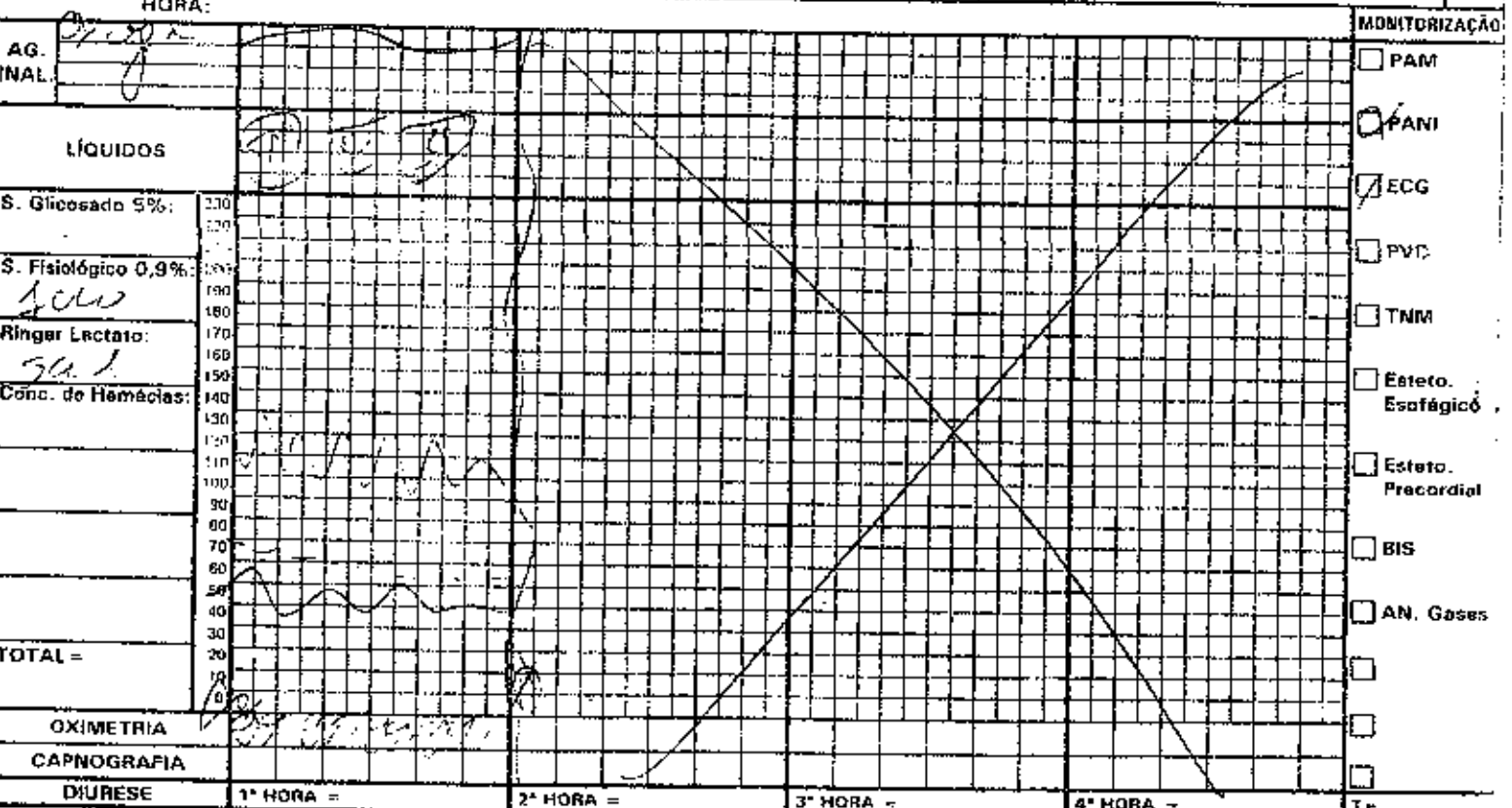
Circulante Responsável

Simone

ANESTESIOLOGISTA: Dr. João de Deus Junior
 CPF: 044.110.044-11 CRM: 3.044-45
 ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:
 CPF: CRM:
 PACIENTE: Imanol Warley de S. S. S.
 IDADE: 23 SEXO: MAS ☒ FEM ☐ APTO ☐ ENF ☐ UTI ☐
 IMC: PESO: ALTURA: ASA: (E) I-II-III-IV-V-VI
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Torácica (E)

HOSPITAL: UFPA DATA: 06/04/18
 CONVENIO: Particular
 NÚMERO DA CARTEIRA:
 GUIA DE INTERNAÇÃO:
 SENHA:
 INÍCIO: 14h TÉRMINO: 20h
 HORÁRIO ESPECIAL: SIM ☒ NÃO ☐

CÓDIGOS		PROCEDIMENTOS		VIA%
1		<u>Treinamento Torácico Int. Torácico (E)</u>		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				



DROGAS UTILIZADAS			
1 - <u>Propofol</u>	9 - <u>Propofol</u>	17 -	25 -
2 - <u>Propofol</u>	10 - <u>Propofol</u>	18 -	26 -
3 - <u>Propofol</u>	11 - <u>Propofol</u>	19 -	27 -
4 - <u>Propofol</u>	12 - <u>Propofol</u>	20 -	28 -
5 - <u>Propofol</u>	13 -	21 -	29 -
6 - <u>Propofol</u>	14 -	22 -	30 -
7 - <u>Propofol</u>	15 -	23 -	31 -
8 - <u>Propofol</u>	16 -	24 -	32 -

Transferido para: ☒ RPA ☐ UTI ☐ APTO ☐ ENF ☐
 INDUÇÃO: ☐ M. LARÍNGEA ☒ Raquianestesia ☐ Bloqueios: ☐ Profunda ☐ Simples
 Técnica/ Observações:



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

Documentos de identificação



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-0038539/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CPF: 108.735.824-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

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

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.

- 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 cancela 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: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
CPF: 108.735.824-89

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Shirley da Silva Siqueira
DATA DO ACIDENTE 03/04/2018 CPF DA VITIMA 108.935.825-89
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Shirley da Silva Siqueira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Cicero Colônia Ostelo
Nº 885 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Jardim Etelvina
CIDADE Recife UF PE CEP 58152-000
E-MAIL shirleycra@gmail.com TELEFONE (83) 99332-3939

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IMC (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMC: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMC (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEMEM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEMEM 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 VITIMA 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRABASTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/04/19
IDENTIDADE 3.380.958
ASSINATURA Shirley Siqueira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

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 0221205 (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 Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 308.735.829-89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.735.829-89 do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.735.829-89 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, atestados 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 <u>Cileneo Caldeiro Batista</u>		Número <u>889</u>	Complemento
Bairro <u>Frederico Etelvina</u>	Cidade <u>Pocinhos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58150-000</u>
Email <u>ISRAELWESLEY@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(83) 99392-3939</u>

Pocinhos de 23 / 03 / de 2019
Local e Data

Israel Wesley da Silva Araújo
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038539/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CPF: 108.735.824-89

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

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.

- 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: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
CPF: 108.735.824-89

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES