Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180193694**
Vitima: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**
Data do Acidente: **25/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VALDEMIR BALBINO SALES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180193694.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180193694**
Vitima: **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**
Data do Acidente: **25/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **VALDEMIR BALBINO SALES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180193694**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

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").

GRUPO SEGURADOR BEMAFRI

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	700.636.984-39	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS		CPF titular da conta: 700.636.984-39	Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SITIO JUÁ		Número: S/Nº	Complemento:
Bairro: AREA RURAL	Cidade: MATINHAS	Estado: PB	CEP: 58.128.000
Email:			Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [x] 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)

AGÊNCIA NRO. ____ DÍG. ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ____ DÍG. ____ (Informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: BRADESCO NRO: 237
AGÊNCIA NRO: 2655 DÍG. ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 000 5018 DÍG. 0 (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.

MATINHAS - PB, 17 de ABRIL de 2018
Local e Data

Carlos Wagner de Medeiros
Campo 1 – Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Bradesco Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE

TERM.063401

CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
AGENCIA 2655 CONTA 0005018-0

17:11 HRS
06/FEV/2018

DISPONIVEL	
= TOTAL DISPONIVEL	219,99
+ CONTA CORRENTE	219,99
TOTAL DE RECURSOS	219,99
SALDO DISP. P/INVEST.	219,99

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

JANEIRO/2018

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
05	SALDO ANTERIOR		0,00

FEVEREIRO/2018

06	TRANS SAL P/C/C 0002655 BCO:237 AGE:02655 CTA:0005180-2		219,99
	SALDO TOTAL		219,99

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0095.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7270933 das 08h as 18h,
do segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas pp...
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

RECEBIDO
27 ABR. 2018
GRUPO SEGURADOR
SEMAPDE

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

OCORRÊNCIA Nº 000365/18

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 000365/18 registrada em 23/02/2018, que passo a transcrever na Íntegra: Aos vinte e três dias do mês de fevereiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:21 horas, compareceu o Sr. CARLOS WAGENR DE MEDEIROS, com 21 anos de idade, filho de GENIVAL SEBASTIÃO DE MEDEIROS e INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incomple, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.964.409, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70063698439, residindo à rua SÍTIO JUÁ, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de MATINHAS - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 19h00min do dia 25.12.2017, estava trafegando nas proximidades do Sítio Carangueijo, área rural de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2016/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2HB0100HR212563, de placa QFV-5607/PB, licenciada em nome de Wallyson Rangel Cabral de Souza, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu dianteiro derrapár em uma curva, sofrendo ferimentos graves no zigomático esquerdo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 23 de Fevereiro de 2018

Carlos Wagenr de Medeiros
CARLOS WAGENR DE MEDEIROS
Declarante

José Alberto do Nascimento
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão

REFERIDO
27 ABR. 2018
GRUPO SEQUESTRADOR
PBMATPAC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180193694 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 1208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

RECEBIDO
27 ABR 2018
GRUPO SEGURADOR
BEMATECH

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS	700.636.984-39	25-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

MATINHAS-PB 17 de ABRIL de 2018

Local e Data

e. Carlos Wagner de Medeiros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.002 V001/2017

SAMU
192

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – ESTADO PARAÍBA – PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA – PB – CNPJ : 11.839.096-0001/86
SAMU 192 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

ATO

RECEBIDO
27 ABR. 2018
GRUPO ACIDENTADOR
SBMAPBR

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que fizerem necessários que CARLOS WAGNER DE MEDEIROS, 23anos, RG:3964489 SSP/PB, CNS:794.5060.7933.0544, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº 1661099, em 25/12/2017 às 19:35hs, na USB 035 de Alagoa Nova –PB, vítima de QUEDA DE MOTO, consciente, orientado, apresentando abdômen doloroso, laceração lábio superior, escoriações MMSS E. Feito atendimento de acordo com o protocolo e encaminhado para HTCG, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA – PB, 11/01/2018

Janécleide Costa Sampaio
ENFERMEIRA - COREN 110600
COORDENADORA SAMU
Matrícula 91084

JANÊCLEIDE COSTA SAMPAIO
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB
COREN 110600 PB

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

RG nº 3.964.409, data de expedição 25/5/11, Órgão SSP/PB

CPF nº 709.636.984-39, 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)	SÍTIO JUÁ
Número	S/N
Apto / Complemento	–
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	MATINHAS
Estado	PARAÍBA
CEP	58.128.000
Telefone de Contato	(083)9889.8170 - 3339-5356.
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MATINHAS PB, 17-04-2017

Assinatura do Declarante: Carlos Wagner de Medeiros

RECEBIDO
27 ABR. 2017
GRUPO SOLUCIONADOR
SOMAPEC

GENIVAL SEBASTIÃO DE MEDEIROS
RT JUA, SN - ZONA RURAL
MATINHAS / PB CEP: 58120000 (AO 11)

Emissão: 07/04/2018 Referência: Abr / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RURAL / AGROPECUÁRIA / RURAL MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 375 - 810 - 4830 Nº Instalação: 000 3088308

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dois Irmãos, 1000 - Bairro Tambauzinho - João Pessoa - PB - CEP 58042-600
CNPJ: 09.049.160/0001-46 - Inscrição Estadual: 16.018.827-0

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr / 2018	07/04/2018	08/05/2018	45143200482

Doc. Est.:

UC/Unidade Consumidora: 5/550130-4

Canal de Contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos, taxas de energia elétrica constantes da fatura de abril/2018 dos meses de 2011 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui para o consumidor, as faturas dos faturamentos mensais do débito informado, que se refere, a dos anos anteriores.
Você sabe como está? Não deixe para depois. Ligue para a nossa central de Energia e peça seu extrato atualizado.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Consumo	Dias
07/03/18	8864	07/04/18	8945	21	31

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/Preço Unit. (R$)	Valor Base Calc. (R$)	Aliq. (%)	ICMS (R$)	Outros (R$)
0501	Custo de Disponibilidade	10,00	0,00	0	0,00	10,64	0,10
0213	Subsídio	4,69	0,00	0	0,00	4,69	0,04
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804	JUROS C/E MORA 03/2018	0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2018	0,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0836	Devolução Subsídio	-4,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00
001	Código de Classificação do Item	TOTAL			11,58	0,00	0,10

Média últimos meses (kWh)	Vencimento	Total a pagar
32	13/04/2018	R$ 11,56

Histórico de Consumo (kWh)

22	39	32	24	26	32	28	26	27	32	29	31
Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18

RESERVADO AO FISCO
cf82.db51.7577.3b82.6229.385e.48e6.8e95.

Indicadores de Qualidade

	Limites Anuais	Apurado	Limites Trimestrais	
DEC Anual	21,74	0,00		
DEC Trimestral	23,49		NOVAM	220
FEC Anual	46,93			
FEC Trimestral	7,41	0,00	CONTRATADA	
DIC Anual	15,49		LIMITE INFERIOR	202
FIC Anual	30,98		LIMITE SUPERIOR	331
DMIC	6,42	0,00		
DICRI	16,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Distribuição de Energia (R$)	5,98	54,13
Compra de Energia	4,70	40,68
Encargos Setoriais	0,61	5,28
Encargos Setoriais	1,10	9,52
Impostos Diretos e Encargos	1,17	10,13
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	11,56	100,00

Valores ELDO (Set 2/2018): R$ 35,56

ATENÇÃO

Subvenção ECO: R$ 4,46
Leitura confirmada
Efeito Cinza

Faturas em atraso

RECEBIDO
27 ABR 2018
GRUPO GPEL-ADOR
JUBMAPEC

VALDEMIR BALBINO SALES
AV SAL FLORIANO PEIXOTO, 5200 / CHL 26, SERRHOTAO
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58435-000 (AP 401)

Emissão: 22/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subclasse: RES DENCIAL / RESIDENCIAL
Roteiro: 13-401 - 701 - 4770 Nº medidor: 00[illegible]-7459

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: [illegible] - Inscr.Est. [illegible]

Nota Fiscal / Conta referente à Ref. nº [illegible]
Guia para Déb. Automático [illegible]

Atendimento de Emergência: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data provável da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAMI
Mar / 2018	22/03/2018	23/04/2018	42817367487

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 4236723-3

Cód. de Débito Automático

- Furto de energia é um ato ilícito. Pode provocar acidentes graves, além de caracterizar crime contra a fé pública. Fale com produtores até quem realizam fiscalização da qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de electrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos, amigos e informe ao comércio do município. Denuncie ao Procon, à Polícia Civil, Ministério Público, Ministério de Minas e Energia, Governo Federal.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
21/02/18	5870	22/03/18	6070	1	94	29

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/Tributo	Valor Base de Cálculo	ICMS	PIS/COFINS	Valor R$
0001	Custo de Disponibilidade	74,24	72,94	25	18,21	77,94	0,94
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB.ILUM.PUBLICA	5,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 02/2018	1,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 02/2018	1,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
CC	Código de Classificação de Item	TOTAL		83,44	72,94	18,21	72,94	0,94	0,00

Média diária de consumo (kWh): 3,1

VENCIMENTO 29/03/2018

TOTAL A PAGAR R$ 83,44

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18
139	121	122	115	94	107	104	103	95	105	145	85

RECEBIDO
27 ABR. 2018
GRAD. NAVEGADOR
SEMAFEP

ae88.5185.73e7.500d.5120.ad36.5c30.38b1.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DEC MENSAL	5,55	0,00
DEC TRIMESTRAL	11,10	
DEC ANUAL	22,21	
FEC MENSAL	3,33	0,00
FEC TRIMESTRAL	6,77	
FEC ANUAL	13,43	
DIC	3,50	0,00
DIC-R	17,22	

Limites de Tensão (%)

NOMINAL	360
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	326
LIMITE SUPERIOR	396

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia elétr.	15,10	18,09
Compra de Energia	54,71	65,56
Serviços de Transmissão	3,57	4,28
Encargos Setoriais	3,40	4,07
Tributos Diretos de Energia	16,65	19,95
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	83,44	100,00

Valor da NFCOM: [illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Registro Tarifário: [illegible] Res ANEEL nº [illegible] Fator Gerador: 16,0286 kWh/g

Seguradora LIDER

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 022120 (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 VALDEMIR BALBINO SALES, inscrito (a) no CPF/CNPJ 426.173.674 / 87 na qualidade de Procurador (X) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS WAGNER DE MEDEIROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.636.984-39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS WAGNER DE MEDEIROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.636.984 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

X 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
AVENIDA MAL. FLORIANO PEIXOTO	5255	
Bairro: SERROTÃO — Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58434-500
Email:	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (083) 98897-9170

C. GRANDE PB 17 de ABRIL de 2018
Local e Data

Valdemir Balbino Sales
Assinatura do Declarante

RECEBIDO
13 JUN. 2018
GRUPO SEGURADOR SEMAFPB

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA,
RG nº 3477806, data de expedição ___/___/___,
Órgão _____, portador do CPF nº 011.572.334-03, com domicílio na cidade de MATINHAS, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO JUÁ, nº S/N, complemento AREA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Veículo: HONDA/POP 110 I
Ano: 2016
Modelo: 2017
Placa: QFV
Chassi: 9C2HB0100HR212563
Data do Acidente: 25-12-17

Cartório "Alípio Bezerra"

Local e Data: ALAGOA NOVA-PB, 07.03.2018.

Wallyson Rangel C. de Souza
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" — Antonio Marcos Vasconcelos Melo — TABELIÃO PÚBLICO
R. Dep. Odilon Ely, 51 - Centro - Alagoa Nova-PB - CEP: 58165-000 - Fone: (83) 3336-1168

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 08/02/2018
Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: AG166969-FWCE
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,48 Farpen R$0,28 MP R$0,15 Fepj R$1,74

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE

RECEBIDO
27 ABR. 2018
GRUPO SEGURADOR
SBMAPPEL

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1568434 **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: 25/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

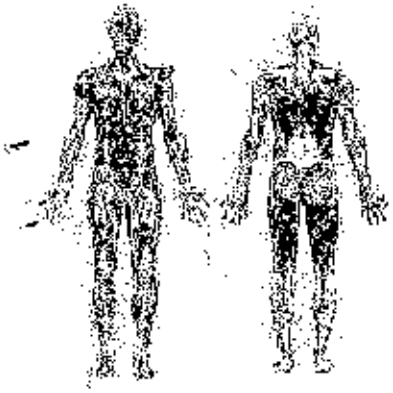
PACIENTE: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Endereço:RUA	CEP:58128000	Nascimento:06/05/1994
Cidade: Matinhas	Sexo:M	Telefone: 081678041
Nome da Mãe: INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS	Idade:023	Bairro:ZONA RURAL
Responsável: LENICE HERONDINO DA SILVA	RG: 3964489	Nº:0
Estado Civil:Solteiro(a)	CPF: 70063698439	Profissão:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO	Data de Atend:25/12/2017	CNS:704804079839944
Médico:	Hora: 20:51:24	CONVÊNIO:SUS
	CRM:	Especialidade:

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. Corto-contusa
17. F. Perfuro-contusa
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura fechada
20. Fratura exposta aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parapia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais periorbitais
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma (Queda de moto)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente com história de queda de moto sem uso de capacete. Fratura de bacia aberta. Deformidade em membro inferior direito. Dor à palpação abdominal. Apresenta edema e equimose em dorso direito.

ALERGIA: ∅

MEDICAMENTOS: ∅

PATOLOGIAS: ∅

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: Tórax, pelve, membro E, cervical
( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedista às Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: ARQUILES ORTIZ MÉDICO CRM 0942

Paciente: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
Data do Exame: 27/12/2017
Exame: Tomografia Computadorizada da Face

Técnica:

– Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados nos planos coronais e axiais dos seios paranasais.

Análise:

– Múltiplas fraturas dos ossos da face, com *hemossinus* maxilar bilateral associado (vide reconstrução 3D).
– Complexos de drenagem ostiomeatais pérvios com aspecto anatômico.
– Septo nasal e estruturas das fossas nasais com aspecto dentro dos limites da normalidade.
– Fossas pterigo-palatinas e infratemporais preservadas.

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485 –
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

RECEBIDO
27 ABR. 2018
SEGURO SEGURADOR
DEMAGRE

GOVERNO DA PARAÍBA

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

RECEBIDO
27 ABR. 2009

Ficha de Acolhimento

Nome: Carlos Teixeira de Medeiros.

End: R. Sete Quedas Bairro: Mangabeira

Data de Nascimento: 06.05.94 Documento de Identificação:

Queixa: Acid. de Data do Atend.: 25-12-14 Hora: 20:40 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Anote.

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

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira
COREN-PB 310.775

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Carlos Wagner de Andrades

End.: R. Sita Alice Bairro: Mangabeira

Data de Nascimento: 06.05.1994 Documento de Identificação:

Queixa: Acid. de Data do Atend.: 25-12-14 Hora: 10:00 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Anote:

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemento

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

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

Estratificação

MOD. 010

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira
COREN-PB 110.725

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 017

GOVERNO DA PARAÍBA

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

MOD. 014

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	PRONTUÁRIO:
Carlos Magno de Medeiros	156434

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

DADOS CLÍNICOS:

queda de moto

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA 25/12/17

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	
DATA: 25/12/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MÉDICO CRM 9942

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: Cardoso Wagner de Medeiros						PRONTUÁRIO: 1568434.
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS: queda de moto.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx de Tórax (AP e perfil)
- Rx de pelve AP.
- Rx cervical AP, oblíquo, perfil
- Rx de membro E (AP, perfil de ombro e cotovelo)

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	
DATA: 25/12/17.	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Eduardo H. S. Oliveira MÉDICO CRM 9045 Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia

Paciente vítima de acidente, refere dor em face. Ex. físico ortopédico e Radiológico sem alterações

CD: AINE
Alta ortopedia
Aos cuidados BMF

Dr. Jefferson Ubson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4627 / CRM-PB 10108

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

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )Alta revella / ( )Decisão Médica

( )Óbito

Jamil Heronildo Silva

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Dr. Fernando Pomella
Cirurgião e Traumatologia Buco-Maxilofacial
CRO-PB 4420

Dr. Fernando Pomella
Cirurgião e Traumatologia Buco-Maxilofacial
CRO-PB 4420

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Data da internação: 26/12/2017 Hora: 15:02:47

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1568902
7 - CARTÃO DO SUS: 704804079839944
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1984
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 981678041
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JUA , 0 , ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Matinhas
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 250933
15 - UF: PB
16 - CEP: 58128000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Trauma de face com fratura do complexo zigomatico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: a necessidade cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): clinico, raio x e tomografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura comp. zigomatico
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução e fixação do comp. zigomat.
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Cirurgia
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 170176009220005
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: FRANCESCO AIRTON DE MORAES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/12/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Francesco Airton de Moraes CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL CRO-PB 1026

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26.12	14:00				120/80		Pela Consciente orientada, Medicado com Seguro Sem Queixas ou intercorrências aos medidas da equipe.	Fernanda Silva de Lima COREN-PE 959.174
	20:00				130/80		Pelo exposto sem intercorrências	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FÓLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura complexa zigomático (E)

Paciente	Carlos Magno de Medeiros	Alojamento	7-1	Leito	03	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
26/12/17	(1) DIETA PASTOSA	cle					BEG
	(2) SF 0,9% 500ml EV 12/12h						PACIENTE REFERIA
	(3) ROCEFIN 1g EV 12/12h						AL. MEDICAMENTO
	(4) DEXAMETASONA 4mg EV 8/8h						NEGA DD
	(5) DIPIRONA 1g + 8ml SF 0,9% EV 6/6h						NEGA DISCRASIAS SANG
	(6) OMEPRAZOL 1mg 1x DIA						NEGA ALERGIAS MED
	(7) CCGSVM	cle					AF: DEFESA EM MEDIDA PATOMORFOLÓGICO
	(8) AMBIENTE GERAL 4x DIA						(E)
	(9) SOLICITO EX. LABS	cle					AF: FAST - CONTROLADO PELO
	(10) FEITO CURATIVO ATB						(E)
							(OP) INTERNAÇÃO APÓS ALTA DA UTI COM
							EVOLUÇÃO BOA
							Dr. Fernando Forciola Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial CRO-PB 4420
							Pós-Op. Paciente informa de melhora da dor e edema da face. Sem queixas faciais. Mantido curativo compressivo. Mantidos 12 dias de Alta cirúrgica sendo acompanhado em BMF
							Consultório de Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRM: 4475

Dr. Fernando Forciola
Cirurgião e Traumatologista
Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4420

MOD-009

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Carlos Wagner de Medeiros 06/05/1994 IDADE: 23a PRONTUÁRIO: 1668439

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
- SÍTIO CIRÚRGICO ✓
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ✓
- CONSENTIMENTO ✓

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☒ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
- ☒ NÃO
- SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
- ☒ NÃO
- SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
- ☒ NÃO
- SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
- SÍTIO CIRÚRGICO ✓
- PROCEDIMENTO ✓

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS? Sim

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? Não

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) Sim
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? Não

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
- ☒ SIM
- NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
- ☒ SIM
- NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO Sim

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM Sim

☒ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE Não

☒ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE Sim

Assinatura: Marinalva C. da Silva — ENFERMAGEM COREN-PB 32661

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/12	08:00				120/80		Pct consciente orientado, deambula aceita dieta, elimina vômito (+), medicado CGM	
	20:00				130/80		Pct segue em internamento	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº FRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Carlos Vagner de Medeiros | IDADE | SEXO: M | COR

DATA: 28-12-77 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | ESTADO FÍSICO | RISCO

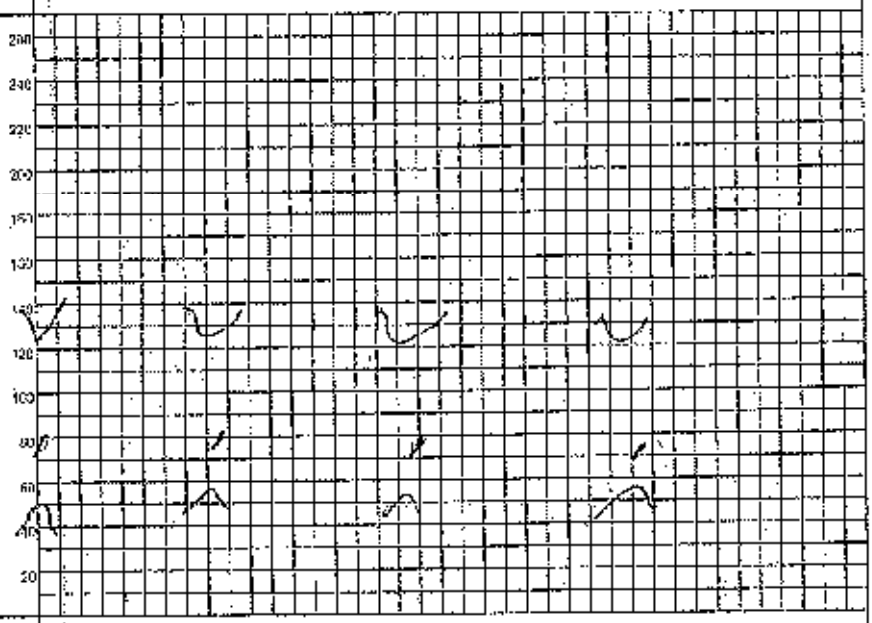
ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS | O

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO
AX. - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO



INDUÇÃO

Salist.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____

Laríngo espasmo: ____ Lenta: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos na SO. ____

Onstr.: ____ Co.: ____ Excit.: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Para o Leito Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES | CÂNULAS

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES | URINA | PERDA SANGUÍNEA

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS OPERATÓRIAS.

MOD. 058

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

QUALITY

Tecnologia e Qualidade a Serviço da Vida.

Gonzalez e Cadena Com. E Serv. Ltda. - CNPJ: 09.398.279/0001
Av. Comendador Calheiros, 1178 - Poço - Maceió - AL - CEP: 57025-6
www.qualityhospitalar.com - E-mail: quality.hospitalar@hotmail.com
Fone/fax: (82) 3223.2280 - 3313-8255 - 3313-8256

Paciente: Carlos Wagner de Medeiros Data da Cirurgia: 28/12/2017
Hospital: de Emergência e Traumas Prontuário: 1568434
Médico: DR. Josiel C. + DR. Josiel Jr. Convênio: SUS
Procedimento: Código Proc.:

Controle Cirúrgico 001525

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
2	placas	2.0	
8	parafusos	2.0	

Dr. Josiel B. Cavalcante
CIRURGIÃO-TRAUMATOLOGISTA
BUCOMAXILOFACIAL - CRO-[illegible]

Verificado por: Circulante: Médico:

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista

697

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: CARLOS WAGNER MEDEIROS	PRONTUÁRIO: 156843

IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
23	M [X] F [ ]	B [ ] P [ ] A [ ]				7	1

DADOS CLÍNICOS: Confusão pós operatório [illegible]

MATERIAL A EXAMINAR: RX face 28/12/17

EXAMES SOLICITADOS: WATERS

URGÊNCIA: [X]	ROTINA: [ ]	Dr. Josiel R. C. Cavalcante CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILO FACIAL CRO-665
DATA: 28/12/17	HORA DA SOLICITAÇÃO: 09:00	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: [illegible] Idade: 23
Convênio: SUS Data: 22/10/14
Procedimento: [illegible]

Cirurgião: Auxiliar: Anestesista: Dr. [illegible]

Início: 07:35 Término: 09:20 Anestesia geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
08:30	149x69	84	99%	[illegible]	++	consciente
09:00	159x83	75	98%	[illegible]	+2	"
09:30	160x83	88	99%	[illegible]	"	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

PACIENTE:	**CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**
DATA DO EXAME:	**25/12/2017**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

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

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

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12/17					120/80		paciente evolui, em pós operatório de fratura de zigoma E, EGR consciente, orientado acianótico, eupneico acesso venoso. Apresenta edema + hematoma facial. medicado conforme prescrição médica	
25/12/17					120/80			

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Pereira Jacomes de Medeiros | Registro: | Leito: 7-A | Setor Atual: Neuro

AVALIAÇÃO

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: ipm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível da consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

Pupilas: ( ) 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: (✓) 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: ( ) Diminuidos ( )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

(✓) 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: AVP - MSD. Data da punção __/__/__

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 ( )Gastronomia ( )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 ( )Líquida ( )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:

[illegible]

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

[illegible]

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Recebe PO da BMF, evolui sem queixas e sem intercorrências

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 28/12/17 HORA: 17:15 h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Rd. Fat Bipartida

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

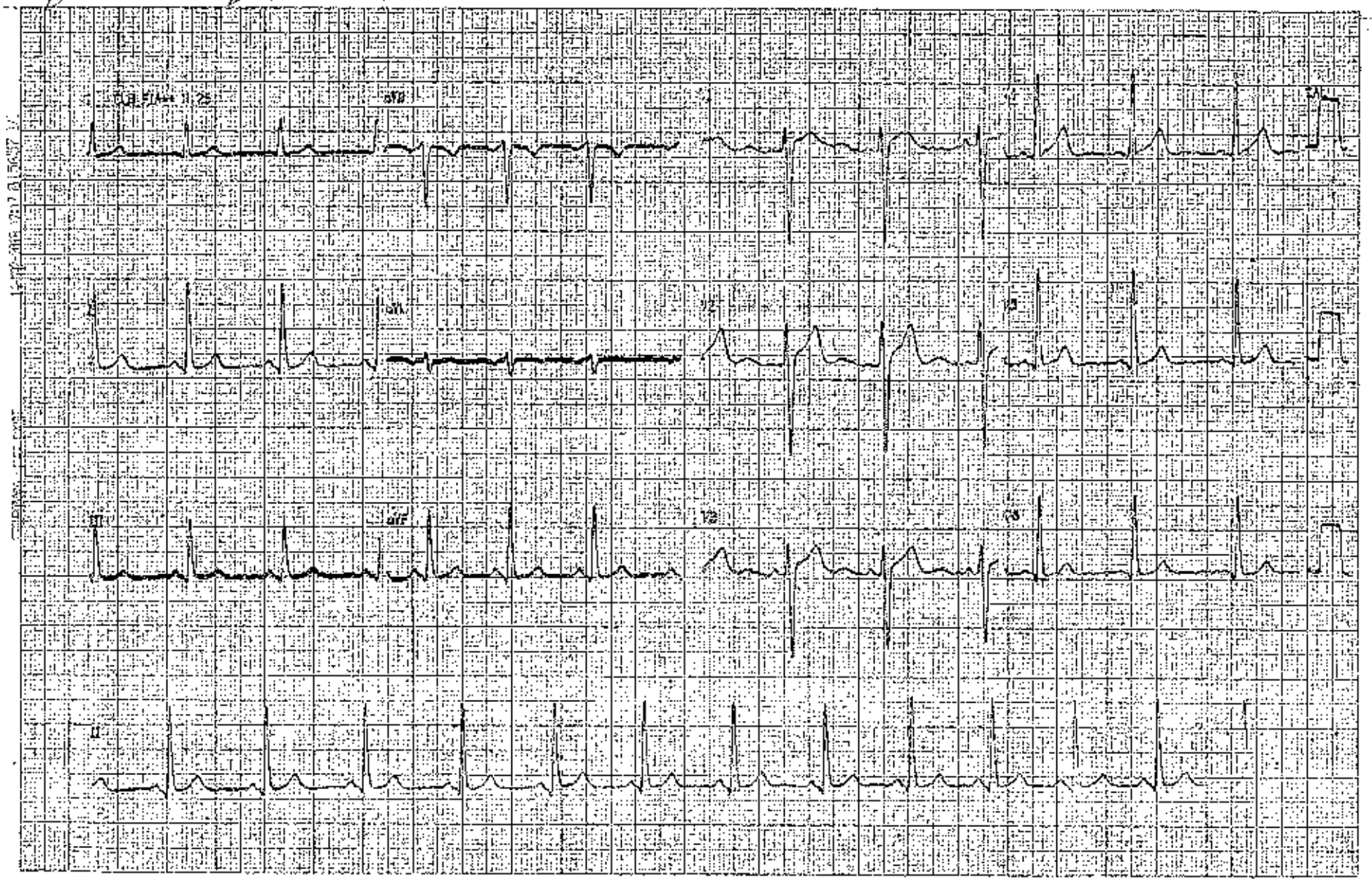
Paciente	Carlos Wagner de Medeiros	Alojamento		Leito	7 L	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
12	1) Dieta livre			Paciente [illegible]
12	2) Hidratação	Alta		[illegible]
12	3) Dipirona 1 FA EV			[illegible]
12	4) Tramadol 1 FA EV			Solicitado Rx controle
	5) Ceftriaxona 1 g EV			por operativo fase
	6) Hidratação	14 22 66		UNATERS
	7) Curativo limpo	Alta Falta		
	Dr. Josberg R. Cavalcante CIRURGIÃO-DENTISTA BUCO-MAXILO-FACIAL - CRO - 665			Dr. Josberg R. Cavalcante CIRURGIÃO-DENTISTA BUCO-MAXILO-FACIAL - CRO - 665
29	Alta hospitalar, [illegible]			
12	[illegible]			
17	Dr. Josberg R. Cavalcante CIRURGIÃO-DENTISTA BUCO-MAXILO-FACIAL - CRO - 665			

Mod. 035

Carlos Wagner Medeiros.

93 a 27/12/17



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: Carlos Joaquim de Medeiros							PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.: 7	LEITO: 1

DADOS CLÍNICOS:

Ped 28

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ECG.

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	
DATA: 27-12-17	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

S(a): CARLOS WAGNER DE MEDEIROS | Protocolo: 0000376914 | RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA | Data: 27-12-2017 11:29 | Origem: CLINICA NEURO-BECO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G.FERNANDES | Idade: 23 anos | Destino: ENF-07-L01

GLICOSE (JEJUM) ..... **87 mg/dl**

Resultados anteriores: 26/12/17: 112 | 26/12/17: 123 |

[DATA DA COLETA: 27/12/2017 12:04]
Material: Plasma
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:
Pré-termo....: 20 a 60 mg/dl - Criancas.....: 60 a 100 mg/dl
Termo.....: 30 a 60 mg/dl - Adultos.....: 60 a 109 mg/dl
1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dl - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dl
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum.....:110 a 125 mg/dl
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dl.
NOTA: Estes criterios seguem a nova classificacao para Diabetes Mellitus da Associacao Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

Lilia Marcianne L. M. Maruis
CRF-PB 1463

Emissão : 27/12/2017 13:57 - Página 1 de 2

Laboratório Newlab

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):	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS	Protocolo:	0000376914	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	27-12-2017 11:29	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	ENF 07 - L.01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 27/12/2017 12:03]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	4,7 milhões/mm³		4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	13,9 g/dL		13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	42 %		40,0 a 52,5 %
V.C.M.	89 fL		82,0 a 92,0 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	11.200 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	336	
Segmentados	81,0	9.072	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm³
Eosinófilos	1,0	112	0,5 a 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm³
Linfócitos			
Típicos	13,0	1.456	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	2,0	224	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	176.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lilé Marcianna L. M. Martins
CRF-PB 1463

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Emissão : 27/12/2017 13:57 - Página 2 de 2

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE				
Carla Wagna de Medeiros Dn 06/05/1994				
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 01	Sus	23 a	1568934

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA	CIRURGIÃO
Fract. - cirur. red. aberta fat. zigom. C/ enxerto	Dr. Josiel
ANESTESIA	**ANESTESIA**
Geral Venosa	Dr. Wanderley

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
Rosana	23/12/17	07:35	08:10

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Cateter p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Cateter De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	02	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimorf amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colondide	01	Catgut Simples Sertix 3-0	
	Efrene ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml 2 ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Prostigmine amp.	4.5	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	02	Mononylon 3-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
01	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	**MEDICAÇÕES**		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidil amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Hidrocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.		Luvas 6.5			
	Glicose amp.	35	Oxigênio l/m 2 l/min			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degermante ml			
	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.	**Qtd.**	**SOROS**	
	Kenalkon amp.	0.5	Sebão Clorexidina	02	SF Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metronidazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prometina	01	Seringa desc. 05 ml	01	SF fr 500 ml p/ procedimento	
	Reviven amp.		Sonda			
	Stiptamon amp.		Sonda foley	**Qtd.**	**ÓRTESE E PRÓTESE**	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	02	Placa 2.0 (Quality)	
01	Pivopeg		Sonda Uretral nº	08	Parafuso 2.0	
02	Tilatil		Steydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	**MATERIAIS / SOLUÇÕES**		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
01	Agulha desc. ~~28 x 28~~ 40 x 12	02	Letese			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Coletores			
	Agulha p/ raque nº	03	Sondas			
0.5	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

(X) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	(X) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapnógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Marinalva C. da Silva
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 32251

MCS

SOP.016

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Carlos Wagner de Medeiros		Nº Prontuário: 1568435
Data da Operação: 13/11/11	Enf.	Leito
Operador: Jorge Cavalcanti	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Vasconcelos	Tipo de Anestesia: Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Sigmoide E		
Tipo de Operação: Rd. Cruenta + fixação		
Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo		
Relatório Imediato da Patologia: não houve		
Exame Radiológico no Ato: não houve		
Acidente Durante a Operação: não houve		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Acesso externo.
- Fraturas ponta medial e sub-condilar esquerda.
- Redução dos fragmentos e fixação das fraturas no sigmoide E.
- Redução + fixação c/ 02 miniplacas e 08 parafusos.
- Sutura.
- Curativo.

Dr. Jocelé R. Cavalcante
CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
CRO-PB 3015

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

J 274

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Carlos Wagner de Medeiros	Alojamento		Leito	1-1	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
27/12/17	1) Dieta livre até 22h (zero à partir de 22h)						BMF 2ºDO
	2) Soro fisiológico	Atenção					Aguarde cirurgia.
	3) Clorodamicina 600mg ⊕ 8/8h	X	X	06			Pedir Exames
	4) Dipirona 2mg ⊕ 6/6h	X	X	06	06		
	5) Dipirona 15 + AD ⊕ 6/6h	X	X	06	06		
	6) Omeprazol 40mg ceto	06					
	7) Higiene bucal	Atenção					
	8) Pedir ex. pré op.						

MOD. 035

Data da internação: 26/12/2017 Hora: 15:02:47

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1568902
7 - CARTÃO DO SUS: 704804079839944
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1994
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 981678041
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JUA , 0 , ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Matinhas
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 250933
15 - UF: PB
16 - CEP: 58128000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Trauma de face com fratura do complexo zigomático

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: O necessitado cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): clínica, ferida e Tomografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Frat. Comp. Zigomática
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

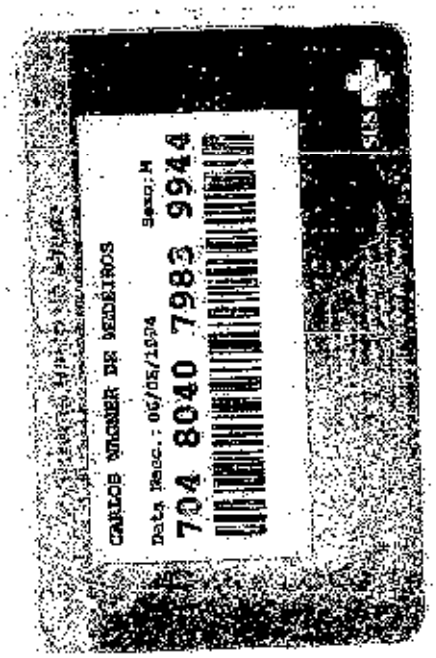
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: redução e fixação do comp. zigomático
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Buco
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: [X] CNS [ ] CPF
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 170176009220005
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: FRANCISCO AIRTON DE MORAES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/12/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CIRURGIÃO BUCO MAXILO FACIAL CRO-PB 1525

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

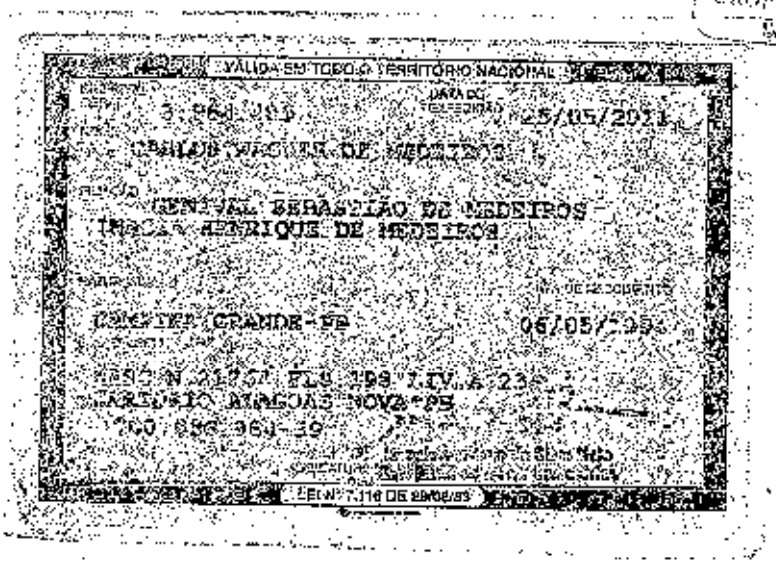
33 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BIM/BTE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO

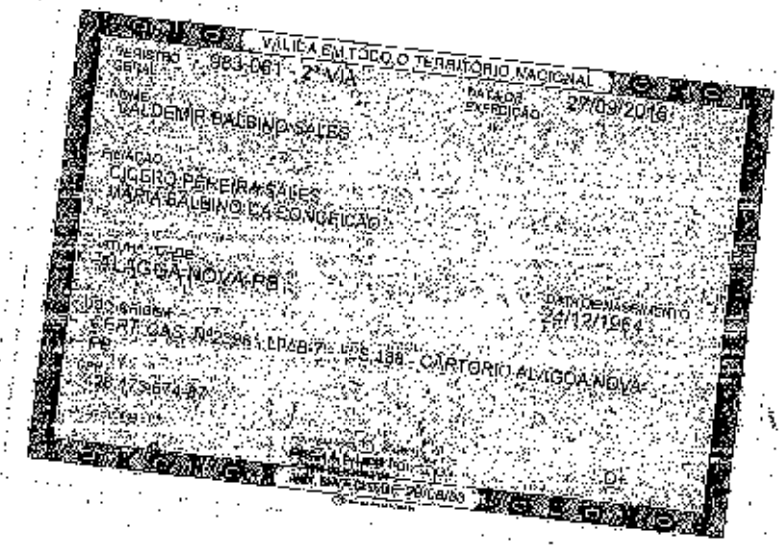
AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):



700 636 984 – 39
06/05/1994





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 983.061 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/09/2018

NOME
BALDEMIR BALBINO SALES

FILIAÇÃO
CICERO PEREIRA SALES
MARIA BALBINO DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
ALAGOA NOVA PB

DATA DE NASCIMENTO
24/12/1964

CERT. CAS. Nº 2.386 LIVRO 7 FLS. 198 - CARTORIO ALAGOA NOVA

CPF
[illegible]

DN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

01232445254

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20160100112267-0

1 01100001945-5 00/00000000 2016

WALLYSON RANGEL CABRAL DE SOUZA

01557233403 QFV5607/PB

NOVO PB 9C2JB0100HR212563

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I 2016 2017

2 P/109 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 18/10/2016

******* 0

******** SEGURO P A G O 18/10/2016

A.F ADM.DE CONC NACION HONDA LTDA

0

MATINHAS-PB 19/10/2016

42234

7003781

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

01232445254 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PARA VERIFICAÇÃO DE ESTE NO TRÂNSITO ACESSE OS DADOS GERAIS DE COBERTURA

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 19/10/2016

1 01557233403 QFV5607/PB

01100001945 HONDA/POP 110I

2016 9 9C2JB0100HR212563

DESTINO TARIFÁRIO

****** ****** ******

****** SEGURO P A G O

5 18/10/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

7003781-1518440-20161019

DPVAT-2016

RECEBIDO

27 ABR. 2016

GRUPO NACIONAL DE SEGURADORAS

14-AB-2016 12:15 0:15:35 14

SEGURADORA LIDER DPVAT

CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo
- (●) Processo Novo
- ( ) Documentos Complementares

Atendente
LUCAS SOUSA ESPINOLA

Tipo de Sinistro
[illegible]

Agência
SUCURSAL JOÃO PESSOA

Nome do Requerente
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Nome da Vítima
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

CPF da Vítima
70063698439

Documentos Complementares
- [x] Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- [x] CPF da Vítima
- [x] DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- [x] Boletim de Ocorrência Policial
- [ ] Identidade / CPF do Procurador
- [x] Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- [x] CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- [ ] Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- [x] Comprovante de Residência do Requerente
- [ ] Comprovante de Residência do Procurador

Morte
- [ ] Certidão de Óbito **(Cópia autenticada)**
- [ ] Laudo do Exame Cadavérico
- ESPOSO(A) **(Cópia autenticada)**
- [ ] Certidão de Casamento Atualizada **(Cópia autenticada)**
- [ ] Autorização de Pagamento
- [ ] Prova de Companheirismo junto ao INSS
- [ ] Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- [ ] Prova de Dependência na CTPS
- [ ] Certidão de Nascimento ou Casamento
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros
- [ ] Certidão de Nascimento
- [ ] Certidão de Óbito dos Genitores
- [ ] Alvará Judicial

Invalidez Permanente
- [ ] Laudo do IML com Alta Definitiva **Cópia autenticada**

DAMS
- [x] Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- [x] Relatório Médico
- [ ] Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- [ ] Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
- [ ] Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

Outros Doctos. Entregues e Observações

***PROCURAÇÃO; *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML; *DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA; *DADOS BANCÁRIOS; *CNH PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - PROPRIETÁRIO DO VE**

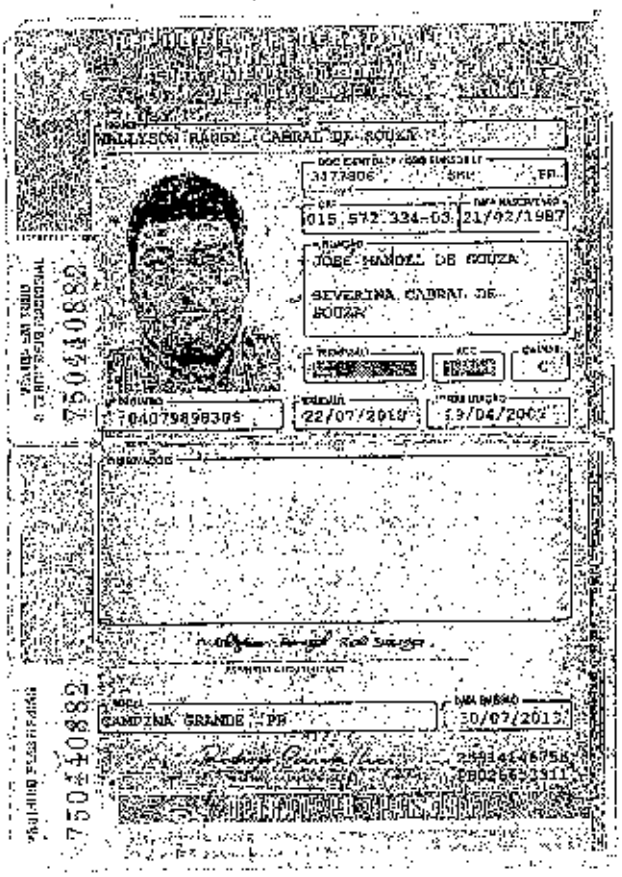
0151958/18

0134725

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acomplementação do processo

Documentos Básicos:
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO
27 ABR. 2018



WALLYSON RAUGEL CABRAL DE SOUZA

3177906 SSP PB

015.572.334-03 21/02/1987

JOSE MANOEL DE SOUZA

severina cabral de souza

C

04079898309 22/07/2010 19/04/2002

CAMPINA GRANDE, PB 30/07/2012

RECEBIDO

27 ABR 2018

GRUPO ... EDOR

CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NA CUCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo
Processo Novo ◉ Documentos Complementares

Atendente
LUCAS SOUSA ESPINOLA

Tipo de Sinistro
Invalidez Permanente/Total

Agência
SUCURSAL JOÃO PESSOA

Nome do Requerente
VALDEMIR BALBINO SALES

Nome da Vítima
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

CPF da Vítima
70063698439

Documentos Complementares

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- CPF da Vítima
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Boletim de Ocorrência Policial
- Identidade / CPF do Procurador
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Benefciário
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- Proc Orl e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Comprovante de Residência do Requerente
- Comprovante de Residência do Procurador

Morte

- Certidão de Óbito **(Cópia autenticada)**
- Laudo do Exame Cadavérico
ESPOSO(A)
(Cópia autenticada)
- Certidão de Casamento Atualizada
(Cópia autenticada)
- Autorização de Pagamento
- Prova de Companheirismo junto ao INSS
- Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- Prova de Dependência na CTPS
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Declaração de Únicos Herdeiros
- Certidão de Nascimento
- Certidão de Óbito dos Genitores
- Alvará Judicial

Invalidez Permanente

- Laudo do IML com Alta Definitiva
Cópia autenticada

Outros Doctos. Entregues e Observações

SINISTRO - 3180193694; DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A VALAGEM DE DINHEIRO

DAMS

- Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- Relatório Médico
- Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
- Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

C 134725
digi

0136313

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acomplementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Orl e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

RECEBIDO
13 JUN. 2018
GRUPO REGULADOR
BSMAPFRE

SINISTRO 3180193694 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624
BENEFICIÁRIO CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
CPF/CNPJ: 70063698439
Posição em 09-05-2018 09:20:26

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Pendente	VALDEMIR BALBINO SALES

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/05/2018	Aviso de Sinistro	

RECEBIDO
13 JUN. 2018
GRUPO ... NACIONAL
SBMAPFRE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome:	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
Nacionalidade:	BRASILEIRO
Profissão:	AGRICULTOR
Identidade:	3.964.409
Endereço:	SÍTIO JUÁ - S/N

RECEBIDO 27 ABR 2018 GRUPO SEGURADORA SOMAR

OUTORGADO

Nome:	VALDEMIR BALDINO SALES.
Nacionalidade:	BRASILEIRO
Profissão:	CONSULTOR DE SEGUROS.
Identidade:	983.061 SSP/PB.
Endereço:	AVENIDA FLORIANO PEIXOTO - 5255

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

MATINHAS-PB, 17-04-2018

LOCAL E DATA

Cartório "Alípio Bezerra"

Carlos Wagner de Medeiros

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENCIDADE)

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"
R. Coronel Lafayette, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58280-000 - Fone: (83) 3263-1266
Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 16/04/2018
Escrevente: ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO
Selo Digital: AGU10486-KDSL
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,48 Farpen R$0,28 MP: R$0,15 Fepj R$1,74

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCREVENTE