

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**

Nº Sinistro: **3180211964**

Vitima: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**

Data do Acidente: **26/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FERNANDO FERNANDES ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180211964**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12785632



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**
Nº Sinistro: **3180211964**
Vitima: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**
Data do Acidente: **26/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDO FERNANDES ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180211964**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12822215



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Carta nº 13071697

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180211964 ASL-0166034/18
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data Acidente: 26/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº 13118107

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180211964 ASL-0166034/18
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data Acidente: 26/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Carta nº 13216532

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180211964 ASL-0166034/18
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data Acidente: 26/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta nº: 13462692

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Nº Sinistro: 3180211964
Vítima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data do Acidente: 26/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 00000039283-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 701-271-124-80 CPF da Vítima: 701-271-124-80 Nome completo da vítima: MARCELO ARAUJO DANDOSA VITOR

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELO ARAUJO DANDOSA VITOR		CPF titular da conta 701-271-124-80	Profissão NECISO
Endereço SÍTIO AMANABI		Número 514	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade LAGOA SECA	Estado PI	CEP 58.112.000
Email		Telefone (DDD) 85 99855.8526	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2244X D/V <small>(Informar dígito se existir)</small>		CONTA NRO. 192724 D/V <small>(Informar dígito se existir)</small>		BANCO Nome Banco do Brasil NFO 			

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.

LAGOA SECA ^{RS} *24* de *MAIO* de *2018*
Local e Data

MARCELO ARAUJO DANDOSA VITOR

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000411/18

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 000411/18 registrada em 11/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, 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 14:25 horas, compareceu o Sr. FERNANDO FERNANDES ARAÚJO, com 0 ano de idade, filho de MARIA FERNANDES ARAÚJO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, portador da Cédula de Identidade Nº 2.813.619, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09677527444, residindo à rua SÍTIO AMARAGI, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de LAGOA SECA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 02h46min do dia 26.08.2017, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Itamaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150, TITAN KS, ano/modelo 2008/2008, de cor preta, chassi nº 9C2KC08108R314806, de placa MOJ-9064/PB, licenciada em seu nome (Fernando Fernandes Araújo), levando como "carona" MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, portador da Cédula de Identidade/RG nº 4.003.066-SSP/PB, CPF nº 701.271.124-80, solteiro, estudante, residente no Sítio Amaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, quando em um momento de distração perdeu o controle de direção e caíram ao solo, após o pneu dianteiro derrapar na terra solta existente na estrada, ocasionando ferimentos graves em MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme declaração e prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o declarante sofreu apenas lesões leves pelo corpo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os levantamentos técnicos. 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, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 11 de Abril de 2018

Fernando Fernandes Araújo

FERNANDO FERNANDES ARAÚJO

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima MARCELO MAURO DANTOS VITOR CPF da Vítima 701-271-124-80 Data do Acidente 26-08-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal MARCELO MAURO DANTOS VITOR CPF do Representante Legal 701-271-124-80
E-mail Telefone (DDD) 83-998558526

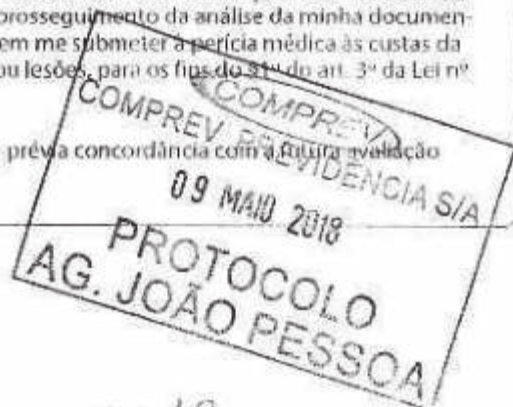
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 a 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 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.



Lagoa Seca 24 de maio de 2018
Local e Data

MARCELO MAURO DANTOS VITOR
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU

192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – SAMU

São Sebastião de Lagoa de Roça/PB

01 de Fevereiro de 2018

SOLICITAÇÃO Nº 033/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessário que, **MARCELO ARAÚJO BARBOSA VICTOR** foi atendido pelo SAMU 192 Regional – S.S. de Lagoa de Roça/PB, ID sob o número 1612223 em 26 de Agosto de 2017 por volta das 02h46min, Sítio Itamaragí, na cidade de Lagoa Seca/PB. **Vítima de Acidente de Trânsito.**

Estado geral: Consciente, orientado, usava capacete, apresentando fratura de em MMII (tíbia). SSVV normais. Imobilização conforme protocolo, feito acesso feito AVP. Após regulação, QRD ao HTCG.

Lucimara Alves Bento

Lucimara Alves Bento

COORDENAÇÃO DO SAMUMUNICIPAL

COREN/PB 187017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000039283-8

Nr. da Autenticação CC6B81FA7029F00C

JOÃO DE ARAÚJO FILHO
ST AMARAL, S/N LADO A SECA - AREA RURAL
UNDA SECA/PB CEP: 58117000 (AQ-401)



ENERGISA BOMPREZO DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Emissão: 18/03/2018 Referência: Fev/2018 BR230-KM154-Aç. Sudeste - Tremembé - Campina Grande/PB - CEP: 5423-700
Cidade: Sudeste RURAL / AGRICULTURA RURAL MONOFASICA
CPF: 02.9560001-96 Ins. Est: 18.003.835-1
R. Jerc: 10-402-266-3F50 Nº de ordem: 81073194819
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica nº 1500-330-540
Cód. para Ode. Automática: 00000818183

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2018	18/02/2018	19/03/2018	49756932420

UC (Unidade Consumidora): 4/91918-3

Canal de contato

- Ligar o choque no chuveiro? Hora de tomar um banho de chuva.
- Não arrisque a vida sua ou de um filho. De um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/01/18	Leitura 34785	Data 18/02/18	Leitura 34970	30

Demonstrativo									
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat.	Ans.	Imp.	Red.	Base Cat.	Imp. Red.
001 Consumo em kWh	101.000	0.339000	34.24	0.00	0	0.00	34.24	0.33	1.51
010 Subsídio			14.87	0.00	0	0.00	14.87	0.34	0.05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
010 CONTRIBUIÇÃO FISCAL			12.35	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
014 JUROS DE MORA 01/03/18			0.02	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
015 MULTA 01/03/18			0.14	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
016 Devolução de subsídios			13.85	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL			46.16	0.00	0.00	0.00	46.16	0.47	1.16

Código de Classificação do Item TOTAL 46,16 0,00 0,00 46,16 0,47 1,16

Média últimos meses (kWh)
91

VENCIMENTO
23/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 48,15

Histórico de Consumo (kWh)

75	1-82	82	1-88	82	1-74	81	1-708	85	1-104	98	1-112
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVADO AO FISCO

4741.7aac.68cf.6309.c55f.1f7a.1acb.9589

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0.87	1.50	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	21.74		230
DIC ANUAL	43.48		
FIC MENSAL	1.74	1.00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15.49		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	30.98		231
DMC	5.88	3.50	
DACN	18.80		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa	9.92	20.40
Consumo de Energia	19.38	33.33
Serviços de Transmissão	1.15	4.94
Energias Sotidas	11.15	22.71
Impostos Diretos e Indiretos	0.00	0.00
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	46.16	100.00

Valor em R\$ (R\$ 12/01/2017) R\$ 14.71

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO ANAJO BARREIRA VITOR

RG nº 4.603-066, data de expedição 26/10/2011 Órgão SSP-PJ

CPF nº 701-221-124-80, 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>AVENIDA NUNAL</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SÍTIO AMANAJI</u>
Cidade	<u>LAGOA SECA</u>
Estado	<u>PANAJÁ</u>
CEP	<u>58.117-000</u>
Telefone de Contato	<u>83. 998 55 8526</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Lugar e Data LAGOA SECA PJ 24/04/2018

Assinatura do Declarante MARCELO ANAJO BARREIRA VITOR

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

INFORMAÇÕES 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FERNANDO FERNANDO ARAUJO inscrito (a) no CPF 096-775-274/44 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELO AUGUSTO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124/80 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima MARCELO AUGUSTO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124/80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>SÍTIO - AMANÁGI</u>		Número <u>SIN</u>	Complemento
Bairro <u>ÁREA RURAL</u>	Cidade <u>LAGOA SECA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>58.117-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>83-99855 8526</u>

LAGOA SECA, 24 de ABRIL de 2018
Local e Data

Fernando Fernando Araujo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

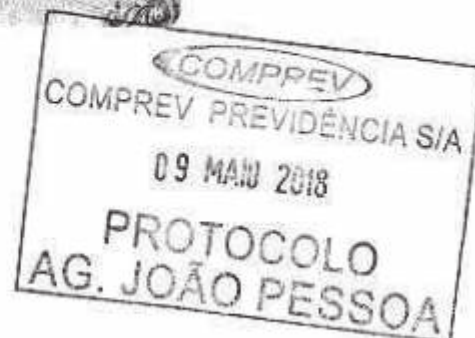
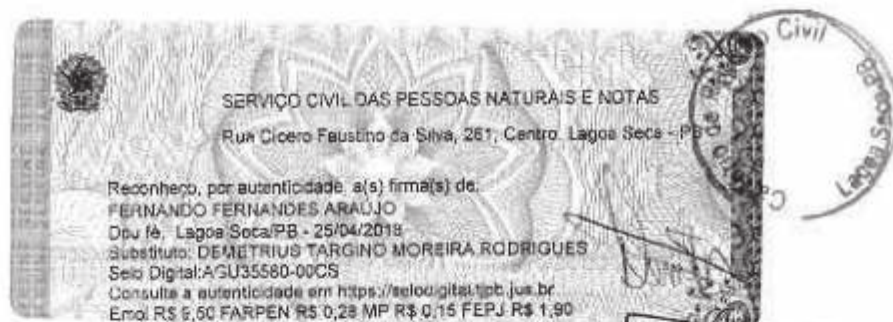
Eu, FERNANDO FERNANDES ARAUJO,
RG nº 28.13.619, data de expedição 12/09/2000
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 096-775-244-44 com
domicílio na cidade de LAGOA SECA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
0110 AMANAJI ANGE NUNAL, nº 514,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARCELO ARAUJO DA SILVA cujo o condutor era
FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Veículo: PAI/MOTOCICLE/MÃO PLIC
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN H3
Ano: 2008 2008
Placa: MOJ 9664/PB
Chassi: 9CJ KC0810 8N314806
Data do Acidente: 26-08-2017
Local e Data: LAGOA SECA PB 25/04/2018

Fernando Fernandes Araujo
Assinatura do Declarante

Fernando Fernandes Araujo

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



26/08/2017

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1493412 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Alagoinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Mercia De Sousa Melo

PACIENTE: MARCELO ARAUJO

CEP: 58117000

Nascimento: 31/12/1999

BARBOSA VITOR

Sexo: M

Telefone: 98070506

Endereço: SÍTIO AMARAGI

Idade: 017

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Lagoa Seca

RG: 4003066

Nº: 0

Nome da Mãe: MIRIAN ARAUJO

CPF: 70127112480

Profissão: ESTUDANTE

Responsável: MIRIAN ARAUJO

Data de

CNS: 702704672914660

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 26/08/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 04:38:52

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Escoriação
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado-cortado
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-cortado
19. Fratura simples fechada
20. Fratura simples aberta
21. Hematoma
22. Inguirimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Ickerman
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Lacer. leve x mto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Lesão visível de edema x mto,
glóbulos brancos, policromos, pólidos,
leucócitos plasmáticos, plasmáticos, mto.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, às: Dia: / /

Especialista: Neuro, às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SPRINT 1000 µ - 1	
2	DIPLOMAT 1g EV AGORA	05:45
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do Médico

Diagnóstico

fratura exposta ossos fêmur (E)
(lesão do Nervo Fibrilar comum?)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Marcelo Araújo B. Vitor Leito: 6-4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/05/17	1) Dor de Duct. livre após RPA	500 500 500 500	presente vítima de acidente
	2) SF 0912 2.000mg EV em 24hs	18 06	de umoto com fraturas nas
	3) Ceftriaxona 1G EV 12/12hs	18 24 06	por na espinha apresentando
	4) Ropivacina 1G 0812 EV 6/6hs	18 06	desenvolvendo extensas a partir
	5) Clotidil 40mg 0812 EV 12/12hs	18 06	do joelho (E) com grande lesão
	6) Tramadol 100mg + Paracet 1G EV 8/8hs	18 22 06	em nervo cranial
	7) Quinapril 40mg 0812 EV 12/12hs	18 06	
	8) Ceftriaxona 400mg 0812 EV 5C	18 22 06	
	9) Metoprolol 40mg 0812 EV 5/8ms	18 22 06	
	10) Levotiroxina 50mcg		
	11) CAT 5.00vi - IM		
	12) Flagyl 500mg 0812 EV 8/8hs	18 22 06	

com - IM + fixação pl. condrole
de danos na base cranial
- Evolução Hospitalar
- Sólido Raxox pós-operatório

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAI 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]



Nome do Paciente Marcelo Araújo Barbosa Vitor.		Nº Prontuário	
Data da Operação 26/08/17	Enf.	Leito	
Operador Dr. Lennay Gomes	1º Auxiliar Dra. Jylla.		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador Wagner Costa	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura exposta da tíbia e fíbula proximal com extensa lesão de partes moles da perna (E).			
Tipo de Operação Limpeza cirúrgica + tenotomia do patela + fixação da fratura com fio Kirschner.			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
- Paciente em BDH sob anestesia geral.
- Assepsia + Antimicrobiana
- Paciente apresentando lesão extensa da pele exposta e descolamento em toda extensão da perna esquerda com fratura da tíbia proximal e fíbula proximal com alto grau de contaminação grosseira.
- Realizada a limpeza cirúrgica aprofundada e abundante com debridamento de tecidos desvitalizados.
- Redução da fratura da fíbula e fixação propriamente com fio de Kirschner 2,0mm intramedular.
- Não foi possível identificar integridade do nervo fibular comum e seus ramos devido a grave lesão em sua topografia.
- Realiza a redução e fixação do fragmento ósseo de tíbia proximal (E) e fixação com 02 fios K 2,0mm.

- Realizada a tenossotomia do tendão patelar após identificação da sua lesão parcial da banda lateral do tendão patelar, com fio Nylon 2 mm.
- Realizada a redução da cabeça da fíbula para sua articulação com a tíbia proximal e fixação provisória com fio Kirschner 2.0mm.
- Realizada a limpeza do ferimento de coxa esquerd. e desbridamento com posterior sutura com fio Nylon 2.0mm.
- Realizada a sutura de pele do ferimento de perna com adequada cobertura muscular e óssea.
- Curativo estéril

Dr. José Renha Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 9121 / CRM-PE 21437
150116292

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	HISTÓRICO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Marcos Antonio</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA <i>26/8/12</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>Cefalos</i> <i>Desodur</i> <i>Meseta</i> <i>Diprso</i>		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					DESPERTAR Reflexos na SQ: _____ Dist.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					69 MAIO 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		
POSICÃO							
AGENTES							
TECNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

[illegible]

Marcelo Araújo Barbosa e Vitor D. N. 31-01-1999

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		Sus	17 anos	149.3412

CIRURGIA T.T.O. Cirurgico, o/fi Xagao
Isotopia di T. Iria M.E.

CIRURGIÃO
Dr. Remböh

ANESTESIA (ΧΡΟΝΟ)

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

[illegible]

Maria José E. Claudon
M. J. E. Claudon
COREN-PB 250741

Francisco Augusto de Almeida
1443415

Dr. Renato
04/10/18

0.5 und
10

10

20

20

20

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AGUÃO BESSOA

Maria José



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Marcelo Araújo Barbosa Vitor.	Idade:	17.
Convênio:	Sus	Data:	26/08/17
Procedimento:	Hto cirúrgica e/fixação de fratura de fíbula MLE		
Cirurgião:	Dr. Renato	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Gerson
Início:	07:50	Término:	09:20
		Anestesia:	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Humberto L. Faria
PROGISTA
RUE 4583

[Handwritten signature]

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, Dispneia = 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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		1

Handwritten signature
Humberto de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7985 - RQE 4583

Assinatura do anestesista

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

DPO 7 x exp
vans pente (E)

Paciente	Manoel Araújo		Alojamento:	6	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
27/08	1. Dieta <i>luc</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG <i>Mefenidazol 500mg EV 8/8h Ceftriaxone 1g EV 12/12h Cefazolin</i>	<i>02 06 12 18 06 20 02 18 06 01</i>	<i>DPO 6 instaurif s/ distúrbios extreme + leve sangra- mento cd: VAN Aguarda cirurgia</i>			
Ilisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Ilisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
			27/08/17			
			<i>Recebeu no 1º DPO de Fratura Exposta da Tibia @ + Proximal Lesão do N. fibular Comum -</i>			
			<i>Apresenta ausência de dorreflexo de tornozelo ativo - (dor? lesão?). Membros edemaciados</i>			
			<i>com - Treino ativo + Elevação Membro - Manter ATB - Reabilitação Neurológica pt N. Fibula Comum posteriormente</i>			

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 MAIO 2017
PROTÓCOLO
GEOPRESSA

Dr. José Roberto Gon
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 31200 CRM-PE 2
TEST 10262

Data 27.08.2017. Hora 08:00 PA. 130x 80

Paciente adulto, estavel, comiente orientado, M.C.P. de, Realizado exame no M.S.E. e. Satisfazer aos cuidados da enfermagem.

Guarã choroso

28/08/2017 (MOR 4 pontos) 12/08/2017 (MOR 4 pontos) 12/08/2017 (MOR 4 pontos)

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ana Rita Ricardo da Silva
Téc. Enfermagem
COMPREV 432.184

Marcelo

24

7x tip. poma (E)
Lm m.

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28	1. Dieta	CT	2. DPO
	2. SRL 1500ml EV/24h	12h	3. DPO
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12h	4. DPO
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12h	5. DPO
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	12h	6. DPO
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	12h	7. DPO
	7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN	12h	8. DPO
	8. Clexane 40mg SC/dia	12h	9. DPO
	9. SSVV + CCGG	12h	10. DPO
	10. DPO	12h	11. DPO
	11. DPO	12h	12. DPO
	12. DPO	12h	13. DPO
	13. DPO	12h	14. DPO
	14. DPO	12h	15. DPO
	15. DPO	12h	16. DPO
	16. DPO	12h	17. DPO
	17. DPO	12h	18. DPO
	18. DPO	12h	19. DPO
	19. DPO	12h	20. DPO
	20. DPO	12h	21. DPO
	21. DPO	12h	22. DPO
	22. DPO	12h	23. DPO
	23. DPO	12h	24. DPO
	24. DPO	12h	25. DPO
	25. DPO	12h	26. DPO
	26. DPO	12h	27. DPO
	27. DPO	12h	28. DPO
	28. DPO	12h	29. DPO
	29. DPO	12h	30. DPO
	30. DPO	12h	31. DPO
	31. DPO	12h	32. DPO
	32. DPO	12h	33. DPO
	33. DPO	12h	34. DPO
	34. DPO	12h	35. DPO
	35. DPO	12h	36. DPO
	36. DPO	12h	37. DPO
	37. DPO	12h	38. DPO
	38. DPO	12h	39. DPO
	39. DPO	12h	40. DPO
	40. DPO	12h	41. DPO
	41. DPO	12h	42. DPO
	42. DPO	12h	43. DPO
	43. DPO	12h	44. DPO
	44. DPO	12h	45. DPO
	45. DPO	12h	46. DPO
	46. DPO	12h	47. DPO
	47. DPO	12h	48. DPO
	48. DPO	12h	49. DPO
	49. DPO	12h	50. DPO
	50. DPO	12h	51. DPO
	51. DPO	12h	52. DPO
	52. DPO	12h	53. DPO
	53. DPO	12h	54. DPO
	54. DPO	12h	55. DPO
	55. DPO	12h	56. DPO
	56. DPO	12h	57. DPO
	57. DPO	12h	58. DPO
	58. DPO	12h	59. DPO
	59. DPO	12h	60. DPO
	60. DPO	12h	61. DPO
	61. DPO	12h	62. DPO
	62. DPO	12h	63. DPO
	63. DPO	12h	64. DPO
	64. DPO	12h	65. DPO
	65. DPO	12h	66. DPO
	66. DPO	12h	67. DPO
	67. DPO	12h	68. DPO
	68. DPO	12h	69. DPO
	69. DPO	12h	70. DPO
	70. DPO	12h	71. DPO
	71. DPO	12h	72. DPO
	72. DPO	12h	73. DPO
	73. DPO	12h	74. DPO
	74. DPO	12h	75. DPO
	75. DPO	12h	76. DPO
	76. DPO	12h	77. DPO
	77. DPO	12h	78. DPO
	78. DPO	12h	79. DPO
	79. DPO	12h	80. DPO
	80. DPO	12h	81. DPO
	81. DPO	12h	82. DPO
	82. DPO	12h	83. DPO
	83. DPO	12h	84. DPO
	84. DPO	12h	85. DPO
	85. DPO	12h	86. DPO
	86. DPO	12h	87. DPO
	87. DPO	12h	88. DPO
	88. DPO	12h	89. DPO
	89. DPO	12h	90. DPO
	90. DPO	12h	91. DPO
	91. DPO	12h	92. DPO
	92. DPO	12h	93. DPO
	93. DPO	12h	94. DPO
	94. DPO	12h	95. DPO
	95. DPO	12h	96. DPO
	96. DPO	12h	97. DPO
	97. DPO	12h	98. DPO
	98. DPO	12h	99. DPO
	99. DPO	12h	100. DPO

Dr. Marcos Vinícius de Araújo
Médico Assistente

COMPROVANTE DE PREVENÇÃO
19 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28/08 - PA = 120x70 - paciente evolui estável
Realizado curativo, mult. medicado conforme prescrição
médica.

Manoel Gonçalves Santos
Téc. Supl.
02759-2 025153

28/08/17 36:00

Paciente segue sem alterações
feito outro acesso venoso. *JB*



6.4 OK
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO OK 7x pma 15/05/2018

DIAGNÓSTICO

Mohuto

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica	Horário		
29	1. Dieta			3 DPO
	2. SRL 1500ml EV/24h	14/06/18		Deu
8	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	14/06/18		Deu
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	14/06/18		Deu
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	14/06/18		Deu
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	14/06/18		Deu
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	14/06/18		Deu
	8. Clexane 40mg SC/dia	14/06/18		Deu
	9. SSVV + CCGG	14/06/18		Deu
	→ Curativo 2x/dia	14/06/18		Deu
	Curativo 1x/dia	14/06/18		Deu
	Fluoxetina 150mg 1x/dia	14/06/18		Deu
	Fluoxetina 150mg 1x/dia	14/06/18		Deu

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

29/15
08
57

23h

~~120~~
80

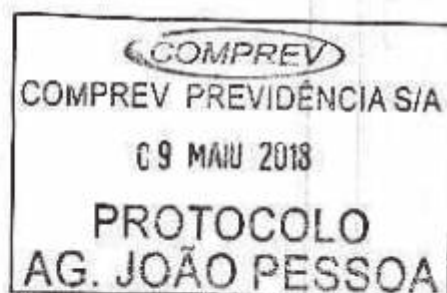
20 80

→

Paciente foi realizado
O 2º curativo, medicado
conforme prescrição
médica. Segue
aos cuidados da
equipe.

Obs: curativos sem
odor.

Eduardo



64

LNN

DIAGNÓSTICO

Fratura (L1, L2)

Marcelo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20	1. Dieta Hipoproteica		4: DPO
	2. SRI 1500ml EV/24h	14 22 00	
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	12 18 24 00	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5M		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia	18	
	9. SSVV + CCGG	18	
	Curativo 2, 1 dia	Atenção	
	Síntese de Rastreio		
	Exame de urina 1 FA + 1 FA 12/12h	14 22 00	
	Int. Hígado	Atenção	
	Ceftriaxona 1g IV 12/12h	18 00	
	Fluoxetina 50mg IV 08/08h	14 22 00	

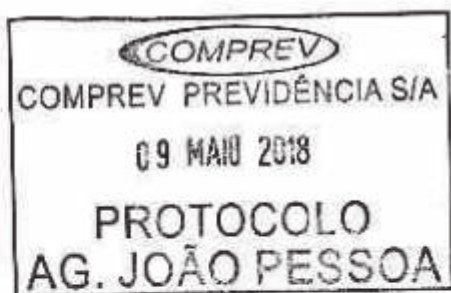
COMPREV
PREVIDENCIA S/A
19 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

30/08/17.

Paciente com queixa de aumento progressivo de
tórax em MIE com dor aguda e súbita.

P.A.: 120x70 P.: 59 R.: 18 30.8.

WLD



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

64

ou

João M

fx sup prima (E)

Mansob


Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31	1. Dieta livre	cto	
	2. SRL 1500ml EV/24h	cto	
8	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	cto	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	cto	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	cto	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	cto	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	cto	
	8. Clexane 40mg SC/dia	cto	
	9. SSVV + CCGG	cto	
	Capto 0.170 2x/dia	cto	
	Capto 0.170 1x 10 12/12h	cto	
	Floce 50 4x 12 8.8h	cto	
	Fisio 1000ml	cto	
			ESTABIL
			Dem
			Fefe
			fo. Epretrólise
			OTOM
			OPta Hospitalar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09/04/2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09/04/2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

31/08/17 — horas — 108:00 — P.A. = 120x80. Realizado
curativo. medicado conforme prescrição médica.

Martina C. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 12.115

31/08/17 16:00 segue sem alteração
Feito curativo. 





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

PACIENTE:	Marcelo Araujo Barbosa Vitor
DATA DO EXAME:	26/08/2017

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.

Não identificamos sinais de lesão relacionadas ao trauma no parênquima hepático, esplênico e renal.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.



Dr. Tiago Nepomuceno
Médico Radiologista
CRM-PB: 6723



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME: <u>Marcos Vinícius Barbosa Avelar</u>				GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE: <u>17a</u>		ENFERMARIA: <u>6</u>		LEITO: <u>4</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D.: <u>Px MIE</u>		ADMISSÃO:		HORA:		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:				DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito			
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> OVM <input type="checkbox"/> IRPA <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Cema Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM				Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente			
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:				<input type="checkbox"/> Edema Regiões: <input type="checkbox"/> Cefas			
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia				CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
HDA: <u>Gravemente em EGR em V.E. de O₂ aparenta fixa</u>				CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O ₂			
<u>deres cefálicas em tórax esquerdo, referindo</u>				<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Deconulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP			
<u>da "a" descrepitação de torax e cam. 1 da ADM</u>				<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedução			
				<input type="checkbox"/> Onstalismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial			
				<input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Treino Músc. Pré deconulação			
				Outros:			
				Observações:			

SV:	FC	tipo	FR	tipo	PA	SpO ₂	% T	%
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo								
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow								
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal Trefino: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal								
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input checked="" type="checkbox"/> Normal Força Muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5								
Bloqueios Articulares (Regiões)								
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR								
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sem alterações								
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI								
O ₂ SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Sistema de Venturi %								
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório Fluxo: ____ l/min								
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tragens supracostais <input type="checkbox"/> Tragens infracostais <input type="checkbox"/> Tragens subcostais								
<input type="checkbox"/> Uso de muc. acessórios Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquípnea <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estidor: ____ l/s								
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim								
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial								
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica								
Ausculta Pulmonar: <u>vvv em P.H. e B. CA</u> Rale 3 Tórx:								
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz								
SECREÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande								
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta								
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha								

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:	
<u>Px MIE</u>	
Campina Grande:	
<u>31.08.2014</u>	
Yuri Costa e Silva FISIOTERAPISTA CREFTIC, 12247 - P. 19/04	
<u>Yuri Costa e Silva</u> FISIOTERAPISTA	



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: <u>Marcelo Araújo Barbosa Vitor</u>		IDADE: <u>17 anos</u>	PRONTUÁRIO: <u>1493412</u>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		ANTES DA INCISÃO	
ENTRADA	PAUSA CIRÚRGICA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE <ul style="list-style-type: none">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTESÍTIO CIRÚRGICOPROCEDIMENTO A SER REALIZADOCONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESISTA E <u>ENFERMEIRO</u> CONFIRMAM VERBALMENTE <ul style="list-style-type: none">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTESÍTIO CIRÚRGICOPROCEDIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <ul style="list-style-type: none">O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADOA CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICABIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTEHOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO	
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?<input checked="" type="checkbox"/> 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?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?		
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM NÃO SE APLICA		
<input checked="" type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none">ALERGIA CONHECIDA? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SIMVIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVELRISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? NÃOSIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM NÃO SE APLICA		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Marcelo Araújo Registro: 6 Leito: 4 Setor Atual: 027 II

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH 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: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

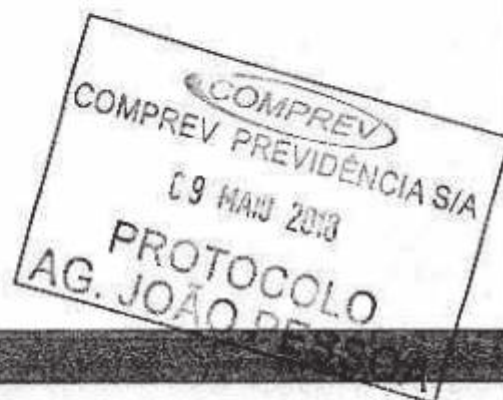
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Morilo Registro: _____ Leito: 6-4 Setor Atual: Inten II

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES ESPECÍFICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

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

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

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARCELO DESUJO Registro: 6 Leito: 4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 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 () 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 () Dispneia () 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:

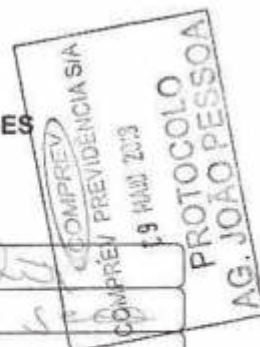
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Ficha de Acolhimento

Nome:	Marcelo Bruno Barbosa de Lencastre		
End:	Rua S. Ildefonso, 100 - Bairro: S. Paulo		
Data de Nascimento:	31-17-99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid.	Data do Atend.	26-08-91
		Hora:	4:42
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não		

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	

de moto

Estratificação

MOD. 110

- Cirurgião*
- ☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Dr. Ademar Lima
COREN-PB 71834

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

James Earl

Count Haroldo, na mesa de
rodapeo pelo tempo, pois os parentes

to the inner part of
buds and the opposite a pier


 J. C. Rodriguez
 Director General
 1988-1990

ed: Almaraz
M. Quintero

Paul C. M. Quinonez
CRM-PB 8787
Neurociencia
Fono: 5146.9286 / 9440

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

26/08 wed - 6:50

$\pi_E \cong \pi_V$

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$

or end = nsn

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

() Menstruo cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

(Malta hospitalar / (A revella

() Decisão Médica

()Obito

Lihaman Sharaf
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

080

IDADE

Manab Araujo B. Vitor

Laudos Médico

Por vitima de trauma por auto batida +
10 meses c/ fratura exposta eue regis-
trando de fêmur associado à exten-
sa lesão de partes moles; evoluiu c/
perda de funco, neurológica no
função de nervo fibular com
c/ deficit de caráter definitivo na
extensão de pé (E) c/ consequente
alteração na marcha e diminuição de
força no membro pé.

RID: T93.4
S82.0

Hallison Santos de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

L&C 710618





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221381866
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0011997235-2 00/00000000 2017

FERNANDO FERNANDES ARAUJO

09677527444

MOJ9064/PB

NOVO PB 9C2KC08108R314806

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2008

2008

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

00/00/0000

1*

IPVA

00/00/0000

2*

A

00/00/0000

3*

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO

MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

LAGOA SECA - PB

20/07/2017

16730

16250

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QJ POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS DO NAJ - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221381866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 20/07/2017

09677527444 MOJ9064/PB

00119972352 HONDA/CG 150 TITAN KS

2008 9C2KC08108R314806

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.740.506/0001-04

16250-1440402-20170720

PROTÓCOLO
19 MAR 2013
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV PREVIDENCIA S/A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180211964 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA PROXIMAL COM EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES

Resultados terapêuticos: LIMPEZA CIRÚRGICA, TENORRAFIA DO PATELAR E FIXAÇÃO DA FRATURA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA MODERADA DA MOBILIDADE DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

3180 2119 64

CPF da Vítima

701.271.124-80

Nome completo da vítima

MARCELO MAURO DANDOL VITIM

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELO MAURO DANDOL VITIM		CPF titular da conta 701.271.124-80	Profissão Necrose
Endereço R. TIO MINUINO		Número 31N	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade LAJAS GUA	Estado RJ	CEP 58.117 000
Email			Telefone (DDD) 8399558526

Declaro, sob as penas da lei e sob os 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 citados. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

Nº

(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.

LAJAS GUA RJ, 7 de AGOSTO de 2018

Local e Data

MARCELO MAURO DANDOL VITIM

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11/07/2018 - BANCO DO BRASIL - 12:59:44
871711881 0283
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCELO A BARBOSA VITOR
AGENCIA: 2242-X CONTA: 19,272-4
DATA 11/07/2018
NR. DOCUMENTO 87.171.188.100.283
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO 4,108,F5E,2C8,8E8,88A
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
08 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: NECULO, portador(a) do RG 4.003.066, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 701-271-124-80, residente no(a) SÍTIO AMANABI
nº S/N, bairro: ÁREA RURAL, município: LAGOA SECA - PB.

OUTORGADO:

Nome: FERNANDO FERNANDES ARAÚJO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: NECULO, portador(a) do RG 28-13-619, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 096-775-274-44, residente no(a) SÍTIO AMANABI
nº 314, bairro: ÁREA RURAL, município: LAGOA SECA - PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR
Local e Data: LAGOA SECA 25-04-2018

Marcelo Araújo Barbosa Vitor
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



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: 701.271.124-80 Nome completo da vítima: VITOR MARCELO ARAUJO BARRAL

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>VITOR MARCELO ARAUJO BARRAL</u>		CPF titular da conta: <u>701.271.124-80</u>	Profissão: <u>RECUSO</u>
Endereço: <u>SÍTIO ARAUJO</u>		Número: <u>S/N</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ÁREA RURAL</u>	Cidade: <u>LAGOA SECA</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58.117-000</u>
Email: _____			Telefone (DDD): <u>57-9955-8526</u>

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)

AGÊNCIA NRO: 2221 D/V: 039252-8
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: _____ NRO: _____
 AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

LAGOA SECA PB, 19 de SETEMBRO de 2018
 Local e Data

Vitor Marcelo Araujo Barral
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAD. ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 14h

241-577243273-3

29/AGO/2018

HORA DE 10:35:03

LOT. 13.010/61-1

TERM 060836

LOCALIDADE: LAGOA SECA
AG. VINCIADA: 2221

CONTROLE: 24140853

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP. CAIXA FACIL

NOME: MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR

AGÊNCIA: 2221

OPERAÇÃO: 013

CONTA UV: 000.000.000.203-8

DATA DA ABERTURA: 29/08/2018

LOTÉRIAS CAIXA

241-577243273-3

19 VIA

