

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190533678 Vítima: VICTOR SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 03/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VICTOR SILVA DE LIMA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
--------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533678

Vítima: VICTOR SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR SILVA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533678

Vítima: VICTOR SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VICTOR SILVA DE LIMA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

709702294-96

VICTOR SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

VICTOR SILVA LIMA

709702294-96

MARCHEANTE

SITIO CHACARA SANTO ANTONIO

S/N

ZONA RURAL

CUBATI

PB

58167-000

nlotdantas@hotmail.com

(83) 3371-2274

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 558533 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: COMPREV CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A Assinatura da testemunha 13/09/2019 39 - 2ª Nome: PROTECCLO CPF: AG. JOAO PESSOA Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 8161/86, 12/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICU/PB
DELEGACIA DE CUBATI/PB
Tel (83) 3385-1353



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 12/2019

DATA DO FATO: 03/03/2019

HORA DO FATO: Aproximadamente às 16h40min

LOCAL DO FATO: PB 177

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

Às 11h do dia 05/09/2019.

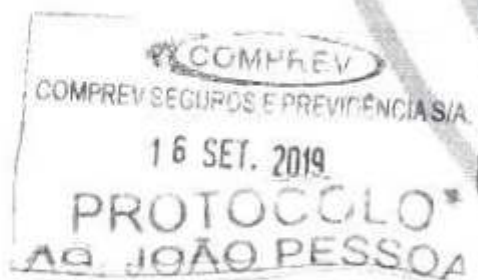
DO COMUNICANTE E VÍTIMA: VITOR SILVA LIMA, brasileiro, solteiro, marchante, natural de Cubati/PB, nascido aos 25/01/2001, RG: 4.237.703 SSDS/PB, CPF: 709.702.294-96, filho Adilton Gerlan Alves de Lima e de Maria Verônica da Silva, residente no sítio Chacara Santo Antônio, zona rural do município de Cubatiu/PB, fone: (83) 9.8853-1178.

Motivo: Acidente de Trânsito Motociclistico

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante e vítima que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda CG 150 FAN EDSI, Ano/Modelo: 2015/2015, Cor: Vermelha, Placa: QFF1554/PB, Chassi: 9C2KC1680FR212153, Renavam 0104780345-0, Registrada e Licenciada em nome de: Jaerton Cavalcante Eustáquio, CPF 702.140.784-10, quando em uma curva perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao solo, sofrendo traumatismo na perna direita, sendo socorrido pelo SAMU de Soledade/PB, e que diante da gravidade da lesão foi levado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que foi cirurgiado permanecendo Internamento de 35 dias. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: Maria do Carmo Farias de Assis

Maria do Carmo Farias de Assis
Agente de Investigação
Matrícula: 182000-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICU/PB
DELEGACIA DE CUBATI/PB
Tel (83) 3385-1353



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 12/2019

DATA DO FATO: 03/03/2019

HORA DO FATO: Aproximadamente às 16h40min

LOCAL DO FATO: PB 177

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

Às 11h do dia 05/09/2019.

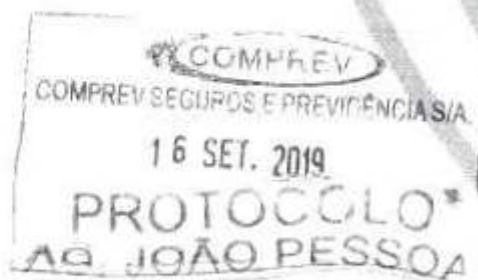
DO COMUNICANTE E VÍTIMA: VITOR SILVA LIMA, brasileiro, solteiro, marchante, natural de Cubati/PB, nascido aos 25/01/2001, RG: 4.237.703 SSDS/PB, CPF: 709.702.294-96, filho Adilton Gerlan Alves de Lima e de Maria Verônica da Silva, residente no sítio Chacara Santo Antônio, zona rural do município de Cubatiu/PB, fone: (83) 9.8853-1178.

Motivo: Acidente de Trânsito Motociclistico

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante e vítima que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda CG 150 FAN EDSI, Ano/Modelo: 2015/2015, Cor: Vermelha, Placa: QFF1554/PB, Chassi: 9C2KC1680FR212153, Renavam 0104780345-0, Registrada e Licenciada em nome de: Jaerton Cavalcante Eustáquio, CPF 702.140.784-10, quando em uma curva perdeu o controle do veículo, vindo a cair ao solo, sofrendo traumatismo na perna direita, sendo socorrido pelo SAMU de Soledade/PB, e que diante da gravidade da lesão foi levado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que foi cirurgiado permanecendo Internamento de 35 dias. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: Maria do Carmo Farias de Assis

Maria do Carmo Farias de Assis
Agente de Investigação
Matrícula: 182000-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

709702294-96

VICTOR SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

VICTOR SILVA LIMA

709702294-96

MARCHEANTE

SITIO CHACARA SANTO ANTONIO

S/N

ZONA RURAL

CUBATI

PB

58167-000

nlotdantas@hotmail.com

(83) 3371-2274

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0041 CONTA: 558533 1

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: COMPREV CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A Assinatura da testemunha 2019 39 - 2ª Nome: PROTECCLO CPF: AG. JOAO PESSOA Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 8161/86, 12/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

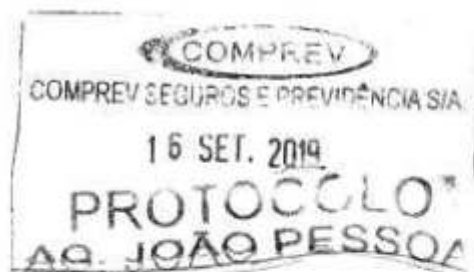
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 3/3/2019	HORA: 16:40	ID N°: 1759365 USA 31
NOME: VITOR SILVA DE LIMA		
QUEIXA: COLISÃO DOIS CARROS E MOTO		
LOCAL: PB 177		
COMPLEMENTO: SENTIDO NOVA PALMEIRA		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 27 de agosto de 2019.



Gláucia Michaelle F. Costa
Coordenadora SAMU
GLÁUCIA MICHAELLE F. COSTA
COREN 284.878

Coordenação
SAMU Soledade 192

10 SET. 2012
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Hipercard



NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB



Postagem: 09/03/2019
Vencimento: 17/03/2019
Emissão: 02/03/2019
Fechamento próxima fatura: 12/04/2019

Resumo da fatura em R\$

Saldo anterior	0,00
Adiantamento	0,00
Parcelas em atraso	0,00
Parcelas em dia	0,00
Total desta fatura	1.192,43

Atenção: O valor da fatura pode variar devido a alterações no preço dos produtos e serviços adquiridos. O valor da fatura é o valor líquido, sem impostos e taxas.

Titular: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão: **6062.XXXX.XXXX.9264**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

Vencimento

17/03/2019

A) pagamento total

1.192,43

B) pagamento mínimo

181,24

C) parcelas fixas

131,59
+23x 131,59

Veja outras opções aqui: [hiper.com.br](#)

O Pagamento mínimo, garantindo
que você pague a parcela mínima
de cada parcela, não garante o total
da fatura. Para garantir o pagamento
da diferença para o crédito restante,
faça o pagamento integral. O pagamento
integral garante o pagamento mínimo
para a parcela em atraso, evitando
multas e juros.

Limites de crédito R\$

Limite total: R\$ 1.192,43
Limite disponível: R\$ 1.192,43
Limite de crédito: R\$ 1.192,43

Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (fmal 9264)

Data	Descrição	Valor
03/10	EBANX-TRA	19,90
18/12	FARMACIA VETERINARIA	126,68
24/12	TORRA TORRA BICOITO 504	88,17
24/12	HNA-CROTECARIO	63,45
23/01	AMFRANCIO SOU	27,55
06/02	BRAZIL ATACADO	269,62
07/02	FARMACIA PAGUE ME	44,53
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90

Compra presencial
com uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Nome do Pagador (CPF/CNPJ):
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ):
Endereço do Beneficiário:

34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65
HIPERCARD BANCO ITAÚ S.A. - 01.011.236.0001-65
AV. DR. BARBOSA, 251 - J. A. GRACIAS - RECIFE - PE

Série/Número:

Valor do documento:

Data de emissão:

Validade:

Assinatura:

recibo do pagador

Série/Número:

Valor do documento:

Data de emissão:

Validade:

Assinatura:

BN 32829032019LTIT.OUT.BCD 11111111792,43R039100

COMPREV
16 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

VICTOR SILVA LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 709702294,96

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VICTOR SILVA LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 709702294,96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58187-000	Tel. (DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 13 de Setembro de 2019.


Assinatura do Declarante

COMPROVANTE
COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

EU, Spilodon coral conte Eustiquio

RG nº 4.044.081, data de expedição ___/___/___

Órgão SSPS/PP, portador do CPF nº 702.140.784-00

com domicílio na cidade de Cubatão, no Estado de

Paraiíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Padre Cipriano nº 100

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

Deton. Silva Bruno, cujo o condutor era

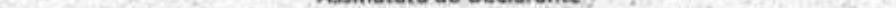
o mesmo

Veículo: motocicleta Modelo: Honda 160 FAN 650 Ano: 2015

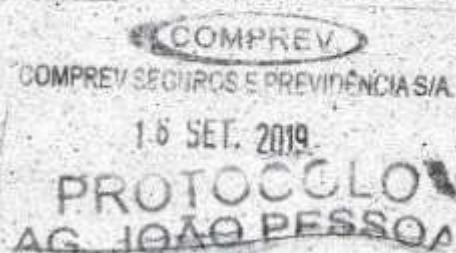
Placa: QFP1554/PB Chassi: 9C2KC1680FR212153

Data do Acidente: 03/03/2019

Local e Data: Picuí - PB, 05 de Setembro de 2019


Assinatura do Declarante

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



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

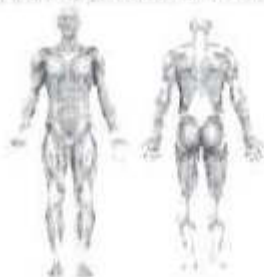
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E. N°: 1845351) CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/03/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07 Atendimento: Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

PACIENTE: VICTOR SILVA DE LIMA CEP: 58167000 Nascimento: 25/01/2000

Endereço: MANOEL BARRIOS
Cidade: Cubatã Sexo: M Telefone: 988772054
Nome da Mãe: Idade: 019 Bairro: CUBATÃ
Responsável: ADRIANE RG: Nº: 00
Estado Civil: Solteiro(a) CPF: Profissão: ESTUDANTE
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Data de Atendimento: 03/03/2019 CENS: 935465
Médico: Hora: 19:30:26 CONVÊNIO: SUS
CRM: Especialidade:

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



1. Abordagem
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. DDI
7. Escoria
8. Enfisema subcutâneo
9. Enfisema subcutâneo
10. Estrangulamento
11. Sanguinúria
12. F. Amarelento
13. F. Amarelo-fulvo
14. F. Cor-de-rosa
15. F. Cor-de-rosa
16. F. Cor-de-rosa
17. F. Perfuro-cortante
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura simples fechada
20. Fratura simples aberta
21. Hematoma
22. Injeção de medicamento
23. Laceração
24. Lesão térmica
25. Luxação
26. Laceração
27. Movimento súbito e paralisia
28. Objeto Enfiado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de intoxicação
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: *ex. queimadura de 1º grau*

<http://10.1.1.143/projetohcc/impresurgencia.php?contar=1845351>

03/03/2019

HTCC-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ortopédia

Paciente vítima de acidente de moto apresentando lesões de tipo contusão e laceração no joelho direito e laceração no cotovelo direito.

Data da lesão: 03/03/2019

Local: Intermédica Hospitalar
após atendimento no Pronto Socorro

Dr. Wilson F. F. F. F.
CRM: 1730

DESTINO DO PACIENTE _____

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar () Já revela
() Internação (otor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Outros

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

<http://10.1.1.143/projetohcc/impresurgencia.php?contar=1845351>

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow: 15 PA: HGT: SatO2:

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia
() Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* / *19/03/2019* / *19h* Dia: / /

Especialista: / / *19h* Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2	<i>Exame físico</i>	
3		
4	<i>Exame físico</i>	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Wilson F. F. F. F.
CRM: 1730

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 SET. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



Ficha de Acolhimento

Nome: Victor Silva de Almeida
End: Av. Brasil 90 Bairro: Embati
Data de Nascimento: 25-01-2000 Documento de Identificação: _____
Queixa: Artrite Data do Atend.: 03-05-19 Hora: 18:24 Documento: _____
Acidente de trabalho? () Sim (X) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fâceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador	1º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnicas - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visível

- 1) Wash ou W - água corrente
- 2) Hygiene - H - higiene - a limpeza da pele
- 3) Incise - I - fazer uma incisão da pele com o bisturi
- 4) Examine - E - examinar a ferida
- 5) Reduza - R - reduzir a ferida para a sua extensão normal
- 6) Desinfete - D - desinfetar com álcool 70% e com água
- 7) Cosmese - C - cosmeses - a limpeza da ferida
- 8) Refere - R - refere-se ao tipo de ferida e ao tipo de tratamento
- 9) Colagem - C - colagem - a aplicação de colagem na ferida
- 10) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 11) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 12) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 13) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 14) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 15) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 16) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 17) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 18) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 19) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 20) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 21) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 22) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 23) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 24) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 25) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 26) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 27) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 28) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 29) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 30) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 31) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 32) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 33) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 34) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 35) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 36) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 37) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 38) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 39) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 40) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 41) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 42) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 43) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 44) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 45) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 46) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 47) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 48) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 49) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 50) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 51) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 52) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 53) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 54) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 55) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 56) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 57) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 58) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 59) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 60) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 61) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 62) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 63) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 64) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 65) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 66) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 67) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 68) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 69) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 70) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 71) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 72) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 73) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 74) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 75) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 76) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 77) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 78) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 79) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 80) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 81) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 82) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 83) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 84) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 85) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 86) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 87) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 88) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 89) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 90) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 91) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 92) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 93) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 94) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 95) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 96) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 97) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 98) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 99) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama
- 100) Alfama - A - alfama - a alfama é a alfama

NOME DO PACIENTE: Victor Silva IDADE: 47/48
() PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 2 LEITO: 2 DATA: 21.03.19

$F_x \text{ flat} + \text{Expense fibre/p}$

Para. Hebert 3.5 + Para. 1 g/line
maximal

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

ASSINATURA E CARIMBO

MISINATURA E CARINBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	WILLIAMSON, JAMES	Idade:	19
Conteúdo:	TRATAMENTO DE DERMATOLOGIA	Data:	22/02/1976
Procedimento:	TRATAMENTO DE DERMATOLOGIA		

Chirujito:	Auxiliar:	Anestesiata:
Inicio:	Término:	Anestesia:

Horas	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Condição
14:45	145	76	94	14:45		
15:15	135	76	94	15:15		
15:45	135	76	94	15:45		
16:15	135	76	94	16:15		
16:45	135	76	94	16:45		
17:15	135	76	94	17:15		
17:45	135	76	94	17:45		
18:15	135	76	94	18:15		
18:45	135	76	94	18:45		
19:15	135	76	94	19:15		
19:45	135	76	94	19:45		
20:15	135	76	94	20:15		
20:45	135	76	94	20:45		
21:15	135	76	94	21:15		
21:45	135	76	94	21:45		
22:15	135	76	94	22:15		
22:45	135	76	94	22:45		
23:15	135	76	94	23:15		
23:45	135	76	94	23:45		
24:15	135	76	94	24:15		
24:45	135	76	94	24:45		
25:15	135	76	94	25:15		
25:45	135	76	94	25:45		
26:15	135	76	94	26:15		
26:45	135	76	94	26:45		
27:15	135	76	94	27:15		
27:45	135	76	94	27:45		
28:15	135	76	94	28:15		
28:45	135	76	94	28:45		
29:15	135	76	94	29:15		
29:45	135	76	94	29:45		
30:15	135	76	94	30:15		
30:45	135	76	94	30:45		
31:15	135	76	94	31:15		
31:45	135	76	94	31:45		
32:15	135	76	94	32:15		
32:45	135	76	94	32:45		
33:15	135	76	94	33:15		
33:45	135	76	94	33:45		
34:15	135	76	94	34:15		
34:45	135	76	94	34:45		
35:15	135	76	94	35:15		
35:45	135	76	94	35:45		
36:15	135	76	94	36:15		
36:45	135	76	94	36:45		
37:15	135	76	94	37:15		
37:45	135	76	94	37:45		
38:15	135	76	94	38:15		
38:45	135	76	94	38:45		
39:15	135	76	94	39:15		
39:45	135	76	94	39:45		
40:15	135	76	94	40:15		
40:45	135	76	94	40:45		
41:15	135	76	94	41:15		
41:45	135	76	94	41:45		
42:15	135	76	94	42:15		
42:45	135	76	94	42:45		
43:15	135	76	94	43:15		
43:45	135	76	94	43:45		
44:15	135	76	94	44:15		
44:45	135	76	94	44:45		
45:15	135	76	94	45:15		
45:45	135	76	94	45:45		
46:15	135	76	94	46:15		
46:45	135	76	94	46:45		
47:15	135	76	94	47:15		
47:45	135	76	94	47:45		
48:15	135	76	94	48:15		
48:45	135	76	94	48:45		
49:15	135	76	94	49:15		
49:45	135	76	94	49:45		
50:15	135	76	94	50:15		

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]



GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019

Nome da Mãe: MARIA VEROONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Sexo: M

Clínico(a) Responsável: Enfermeira: I Letivo: I Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 08/04/2019 HORA: 09:04:36

PACIENTE SEGE EM LEITO DE ENFERMARIA CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 5º DIA, SEM QUEIXAS. BOA ACETIVIDADE DA DIETA, DIURÉTICO E EVACUAÇÕES PRESENTES. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. AO EXAME: BEG, ACIANOTICO, ANISTÉTICO, ELIPNEICO, NORMOGORRADO, HIDRATADO, AFBRL.

AP: MV + EM ART. SEM RA.

ABDOMEN: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLORE À PALPAÇÃO.

SNC: ECG: 15

TENDÊNCIAS: BOA PERFEIÇÃO, FO COM BOM ASPECTO.

CONDIÇÃO:

- PRECURETO ANTIHISTÓICO + ANE + ANALGÉSICO.

- EXCAVADO A FISIOTERAPIA.

- EXCAVADO A ANESTESIA, ATORIO DE EGRESSOS.

- FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO.

- ORIENTAÇÕES GERAIS.

- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO da S. Jovelino
Wagner Luiz Figueira Da Araujo
Médico Responsável
CRM - RJ 352



GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA VEROONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 03/01/2019

Clínico(a) Responsável: Enfermeira: I Letivo: I Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DIA 02/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Eder Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Azevedo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	OK
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 17h/ASCO - 8h/3h	OK
3	CETIRIAZINA SODICA 10 CONTRA VESICULARES E V. IFRAN AMP 12h/12h	OK
4	60/100	OK
5	Recomendar 10 ML AMB. Diluir em 100 ML SF	OK
6	DIPIRONA SODICA 500 MG ML 2 ML E.V. AMPOLA 6h/6h	OK
7	TENDONICAM 30 MG SEM DENTE E.V. IFRAN AMP 12h/12h	OK
8	Recomendar 2ML AMB.	OK
9	FONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG ML 2 ML E.V. AMPOLA 12h/12h	OK
10	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG VO. 10h/10h	OK
11	FLUIDOTERAPIA MOTORA	OK
12	FLUIDOTERAPIA GERAL + SINAIS VITAIS	OK
13	EM JOELHO DIREITO COM SULFADIAZINA DE PRATA	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 02/04/2019 HORA: 09:07:23

PACIENTE SEGE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA EM REGIÃO DO JOELHO DIREITO. BOA ACETIVIDADE DA DIETA, DIURÉTICO E EVACUAÇÕES PRESENTES. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

EXAME: BEG, ACIANOTICO, ANISTÉTICO, ELIPNEICO, NORMOGORRADO, HIDRATADO, AFBRL.

AP: MV + EM ART. SEM RA.

ABDOMEN: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLORE À PALPAÇÃO.

SNC: ECG: 15

TENDÊNCIAS: FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E INFECÇÕES.

CONDIÇÃO:

- TROCAR CURATIVO + REALIZAR CURATIVO EM LESÃO DO JOELHO COM SULFADIAZINA DE PRATA.

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO da S. Jovelino
Ana Maria Da Silva Azevedo
Médico Responsável
CRM - RJ 352

Wagner Luiz Figueira Da Araujo
Médico Responsável
CRM - RJ 352

 GOVERNO
DA PARAÍBA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

OK
OK Fe frato tibial +
Esquerda tibial D

Paciente	Victor Silva	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
08/03	1. Dieta livre 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirona 320mg + AD EV 08/06h 4. Talid 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jam 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h 8. Clexane 40mg SC/dia Antianalg + AD EV 8/8h Reposar no leito.	5h0 15/15/15/15					Pr no RCT anterior afetar Extensor joelho D 3/4+
							Col VPM Progromon Fix. Extensor

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

OK
OK Fe frato / Esquerda D

Paciente	Victor Silva	Alojamento	1	Leito	2	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
08/03	1. Dieta livre 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirona 320mg + AD EV 08/06h 4. Talid 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jam 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG Elevou mio	15/15/15/15					Pr no RCT anterior afetar Extensor joelho D 3/4+
							Col VPM Progromon amigra

Hallmar Borges de Almeida
CRM 10.000
CRM 10.000



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845-126 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M
 Nome do Mãe: MARIA VERONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/03/2000 Admissão: 05/03/2019
 Unidade: ORTOPEDIA I Enfermeira: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DATA: 26/03/2019
 MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabrício Alves Cruz

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE - 2x ao dia (12h e 18h)	2x ao dia
2	FLUO 500mg	500mg
3	DIPIRONA SOLÚC 500mg/mL 2 ML EV AMPOLA 6h	2x ao dia
4	FLUENICAM 20mg/ml 100ml EV 12h/12h	12h/12h
5	Reconstrutor 2ML ABD.	12h/12h
6	ONDANSETRON 2mg/mL 2 ML EV AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	2x ao dia
7	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
8	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
9	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
10	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
11	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
12	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
13	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
14	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
15	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
16	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
17	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
18	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
19	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia
20	PARACETAMOL 500mg - 1000mg 4x ao dia 30min após a refeição	4x ao dia

EVOLUÇÃO: Fabiano Alves Cruz

DATA: 26/03/2019 HORAS: 09:15:45

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMAGEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA SEM O2 SUPLEMENTAR, EM BOM ESTADO GERAL, SONO PRESERVADO, ACERTANDO DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, MANTÉM SINAIS VITAIS DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

AO EXAME: EGB: CONSCIENTE, ORIENTADO, ACTANÓTICO, ANCTÉRICO, EUPNÉTICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFÉRRIL AO TOQUE, COM PONTOS EM REGIÃO TEMPORAL À DIREITA. ACU: RCB EM 2T, BNE, SEM SOPROS. AR: MV + EM AHT, SEM RA. ABDOME: PLANO, FLÁCIDO, INDOLÓR, DEPRESSÍVEL, RHA+. MID APRESENTANDO ÁREA DE CICATRIZAÇÃO EM JOELHO, SEM SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE, SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CP:

- RETIRAR PONTOS DA CABELA.
- SUSPENDER DIETA A PARTIR DE 00:00H PARA A CIRURGIA.
- CIRURGIA PREVISTA PARA AMANHÃ (27/03).
- VPM

ASSINATURA + CARIMBO
 Euler Fabrício Alves Cruz

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
VICTOR SILVA DE LIMA	1	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/03/2019	1. Dieta Livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02mg + AD EV 06/06h 4. Tiletal 20mg + AD EV 12/12h 5. Orneprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg 5C/dia 9. SSVV + CCGG	12h/12h 12h/12h 12h/12h 12h/12h 12h/12h 12h/12h 12h/12h 12h/12h 12h/12h	2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia 2x ao dia

DIAGNÓSTICO

fx + 12h/12h



GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 25/03/2019
Hora: 02:03:32
Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA VERONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/03/2000 Admissão: 03/03/2019
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DATA: 25/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner De Melo Falcão / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 18RA AMP. 12h/12h	
3	Reconstituir 10 ML. AID. Diluir em 100 ML. SF	
4	DIETICO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG/SEM DILUENTE E.V. 18RA AMP. 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML. AID.	
8	CONDANSISTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
9	RANITIDINA CLORIDRATO 30 MG/ML 2 ML E.V. 18RA AMP. 12h/12h	
10	Diluir em 100 ML. SF	
11	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG VO. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	
12	1 CP VO. 8 HORAS SE DOR MODERADA/INTENSA	
13	CIUDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/03/2019 HORA: 02:03:34

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM REG. SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: - VPM - AGUARDIA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Médico(a) Assistente

Dr. Wagner De Melo Falcão
Médico(a) Assistente
Data: 25/03/2019
Hora: 02:03:32



GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 24/03/2019
Hora: 08:37:59
Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA VERONICA DA SILVA Data de Nascimento: 25/03/2000 Admissão: 03/03/2019
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DATA: 24/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner De Melo Falcão / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 18RA AMP. 12h/12h	
3	Reconstituir 10 ML. AID. Diluir em 100 ML. SF	
4	DIETICO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG/SEM DILUENTE E.V. 18RA AMP. 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML. AID.	
8	CONDANSISTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
9	RANITIDINA CLORIDRATO 30 MG/ML 2 ML E.V. 18RA AMP. 12h/12h	
10	Diluir em 100 ML. SF	
11	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG VO. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	
12	1 CP VO. 8 HORAS SE DOR MODERADA/INTENSA	
13	CIUDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/03/2019 HORA: 08:36:41

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM REG. SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: - VPM - AGUARDIA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Médico(a) Assistente

Dr. Wagner De Melo Falcão
Médico(a) Assistente
Data: 24/03/2019
Hora: 08:37:59

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Plecto + Esp. tibia (D)

Paciente	VICTOR SILVA		Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
15/03	1. Dieta <i>luz</i>		BEG estável ajeitado		
	2. SRI 1500ml EV/24h <i>zelo</i>				
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		Edema + 1/4 + <i>zelo</i> (D)		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>-SN-</i>				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum <i>Salvo</i>		Cef: VEM		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		Hemodinâmica estável		
	8. Cloxane 40mg 5C/dia				
	9. SSVV + CCGG				
	<i>Anticoag 500mg EV 8/8h</i>				

Dr. Victor Silva
Médico Assistente
CRM 20000

Dr. Victor Silva
Médico Assistente
CRM 20000

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Plecto + Espinha tibia (D)

Paciente	VICTOR SILVA		Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
14/03	1. Dieta <i>luz</i>		BEG estável ajeitado		
	2. SRI 1500ml EV/24h				
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		Edema em regressão		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>-SN-</i>				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		Cef: VEM		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
	8. Cloxane 40mg 5C/dia				
	9. SSVV + CCGG				

Dr. Victor Silva
Médico Assistente
CRM 20000

Dr. Victor Silva
Médico Assistente
CRM 20000



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M

Nome do Médico: MARIA VIRGONICA DA SILVA Data de Nascimento: 23/03/2000 Admissão: 01/03/2019

Clinica: HUPA/DIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL TD

DATA: 06/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Fabio Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE: João Cesar Ribeiro De Castro / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. JERASO, 08:30	18/06/18
3	CEFTRIAXONA SÓDICO 1 G INTRAVENOSO INTRAAMBIOLAR E.V. JIRA AMP 12h/12h	18/06/18
4	ROD 100	18/06/18
5	Recomendar 10 ML ABD. Diur em 100 ML SF	18/06/18
6	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. JAMPOL A, 06:00 10:30	18/06/18
7	Diur em 50 ML SF	18/06/18
8	CEFTAZOLIM SÓDICO 500 MG 2 ML E.V. JAMPOL A, 10:30	18/06/18
9	Diur em 50 ML SF	18/06/18
10	DIETONA SÓDICO 500 MG 2 ML E.V. JAMPOL A, 06:00	18/06/18
11	Recomendar 2 ML ABD	18/06/18
12	TIENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. JIRA AMP 12h/12h	18/06/18
13	PROCLAMOL CETO CROCIATO 2 MG 2 ML E.V. JAMPOL A	18/06/18
14	8 S HORAS SE DOB	18/06/18
15	FUNDAMENTO CLODRATO 2 MG 2 ML E.V. JAMPOL A FAZER SE NECESSÁRIO	18/06/18
16	RANTIDINA CLODRATO 50 MG 50 ML 2 ML E.V. JAMPOL A 12h/12h	18/06/18
17	Diur em 100 ML SF	18/06/18
18	ENOXAPARINA SÓDICO 40 MG 04 ML 50% ISERINCA 24h/24h (ADM AS 25)	18/06/18
19	PARACETAMOL 500MG - FOSFATO DE CODINA 30 MG VOL. ICOMP 20:30	18/06/18
20	PARACETAMOL 500MG - FOSFATO DE CODINA 30 MG VOL. ICOMP 20:30	18/06/18
21	PSIOTERAPIA MOTORA	18/06/18
22	CLUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	18/06/18
23	NEUROMUSCULAR INERIOR DIREITO EL VALMO	18/06/18
24	EL VALMO	18/06/18
25	NEUROMUSCULAR INERIOR DIREITO EL VALMO	18/06/18

EVOLUÇÃO

DATA: 06/04/2019 HORA: 09:37:39

PACIENTE SIGUE EM LETO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QÜETAS, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AO EXAME: HEG, AGNOSTICO, ANCTÉRICO, FETPICO, NORMOCORVO, HIDRATADO, AFEBRI, ACV: RCR EM 2L, BNE, SEM SOPROS.

AP: MV + EM ART. SEM RA

ABDOM: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.

SNC: EFG: 15

EXTREMIDADES: BOA PERIFUSÃO, PO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- VPM.

- CURATIVO.

ASSINATURA - C. ARYANHO
Ana Maria Da Silva Anselmo
06/04/2019 09:37:39



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M

Nome do Médico: MARIA VIRGONICA DA SILVA Data de Nascimento: 23/03/2000 Admissão: 01/03/2019

Clinica: HUPA/DIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL TD

DATA: 06/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Fabio Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE: João Cesar Ribeiro De Castro / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. JERASO, 08:30	18/06/18
3	CEFTRIAXONA SÓDICO 1 G INTRAVENOSO INTRAAMBIOLAR E.V. JIRA AMP 12h/12h	18/06/18
4	ROD 100	18/06/18
5	Recomendar 10 ML ABD. Diur em 100 ML SF	18/06/18
6	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. JAMPOL A, 06:00 10:30	18/06/18
7	Diur em 50 ML SF	18/06/18
8	CEFTAZOLIM SÓDICO 500 MG 2 ML E.V. JAMPOL A, 10:30	18/06/18
9	Diur em 50 ML SF	18/06/18
10	DIETONA SÓDICO 500 MG 2 ML E.V. JAMPOL A, 06:00	18/06/18
11	Recomendar 2 ML ABD	18/06/18
12	TIENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. JIRA AMP 12h/12h	18/06/18
13	PROCLAMOL CETO CROCIATO 2 MG 2 ML E.V. JAMPOL A	18/06/18
14	8 S HORAS SE DOB	18/06/18
15	FUNDAMENTO CLODRATO 2 MG 2 ML E.V. JAMPOL A FAZER SE NECESSÁRIO	18/06/18
16	RANTIDINA CLODRATO 50 MG 50 ML 2 ML E.V. JAMPOL A 12h/12h	18/06/18
17	Diur em 100 ML SF	18/06/18
18	ENOXAPARINA SÓDICO 40 MG 04 ML 50% ISERINCA 24h/24h (ADM AS 25)	18/06/18
19	PARACETAMOL 500MG - FOSFATO DE CODINA 30 MG VOL. ICOMP 20:30	18/06/18
20	PARACETAMOL 500MG - FOSFATO DE CODINA 30 MG VOL. ICOMP 20:30	18/06/18
21	PSIOTERAPIA MOTORA	18/06/18
22	CLUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	18/06/18
23	NEUROMUSCULAR INERIOR DIREITO EL VALMO	18/06/18
24	EL VALMO	18/06/18
25	NEUROMUSCULAR INERIOR DIREITO EL VALMO	18/06/18

EVOLUÇÃO

DATA: 06/04/2019 HORA: 09:04:09

PACIENTE SIGUE EM LETO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QÜETAS, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AO EXAME: HEG, AGNOSTICO, ANCTÉRICO, FETPICO, NORMOCORVO, HIDRATADO, AFEBRI, ACV: RCR EM 2L, BNE, SEM SOPROS.

AP: MV + EM ART. SEM RA

ABDOM: PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.

SNC: EFG: 15

EXTREMIDADES: BOA PERIFUSÃO, PO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- TROCACUTRATIVO + COLOCAÇÃO DE TALA COM JOELHO EM EXTENSÃO.

- VPM.

ASSINATURA - C. ARYANHO
Ana Maria Da Silva Anselmo
06/04/2019 09:04:09



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do promissório: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA VITORINIA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 03/03/2019
 Clínica: CETOPIHIA I Enfermagem: I Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DATA: 29/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Elder Fabrício Alves Cruz / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E V. TERAPIA D. 8h/24h	
3	DIETRIANINA SOBRE A TUBERAVINOSINTE AMARILHAR E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
4	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
5	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
6	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
7	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
8	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
9	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
10	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
11	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
12	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
13	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
14	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
15	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
16	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
17	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
18	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
19	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
20	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/03/2019 HORA: 09:59:03

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMAGEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

AO EXAME: BFG, ACTINOTICO, ANTERIO, ELIPNECO, NORROR ORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

ACV: BGR EN 2T, BNF, SEM SORROS.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do promissório: 1845428 Paciente: VICTOR SILVA DE LIMA Idade: 019 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA VITORINIA DA SILVA Data de Nascimento: 25/01/2000 Admissão: 03/03/2019
 Clínica: CETOPIHIA I Enfermagem: I Leito: 1 Diagnóstico: FX PLATO TIBIAL D

DATA: 27/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
3	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
4	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
5	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
6	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
7	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
8	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
9	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
10	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
11	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
12	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
13	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
14	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
15	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
16	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
17	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
18	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
19	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	
20	DIETRIANINA SOBRE A 500 ML E V. TERAPIA AMP 12h/12h	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/03/2019 HORA: 07:10:49

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMAGEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM DIETA ZERO DESDE AS 00:00 H.

AGUARDA PRO EVIDENCIAMENTO CLÍNICO ADEQUADO PARA HOD, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

AO EXAME: BFG, ACTINOTICO, ANTERIO, ELIPNECO, NORROR ORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

ACV: BGR EN 2T, BNF, SEM SORROS.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

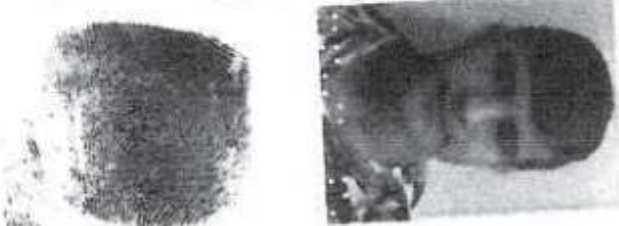
AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

AP: MV + EXA AIT, SEM RA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM PÚBLICA
PROTEÇÃO CIVIL E DEFESA CONSUMIDOR
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-234



Victor Silva de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.237.703 - 2ª VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 06/06/2019

NOME VICTOR SILVA LIMA

FILIAÇÃO ADILTON GERLAN ALVES DE LIMA
MARIA VERÔNICA DA SILVA

NATURALIDADE CUBATI-PB DATA DE NASCIMENTO 25/01/2001

DCC ORIGEM CERT. NASC. Nº8821 - LIV. 07A - FLS. 217 - CARTORIO CUBATI PB

CPF 709.702.294-96

ASSINATURA DO TITULAR

26/06/89

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 SET. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBSERVADO PARA FINS LEGAIS (ART. 19 DO LBI E L. 8.112/91)



IDENTIDADE DE POSSESSOR

Nilo Trigueiro Dantas




ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF
NILO TRIGUEIRO DANTAS

REGISTRO
13220

FIGURAS
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

PROFISSIONAL
JOÃO PESSOA-PB

RG
2668826 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
09/06/1963

DATA DE EXERCÍCIO DA ATIVIDADE
18/01/2013

NÃO

Chico Augusto de Almeida

CCOM REGISTRO DE ADVOGADOS DO BRASIL

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 SET. 2019

PROTOCCLOTM

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014798415738
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.A.T.R.C. EXERCÍCIO
1 0104780345-0 00/00000000 2019

NOME
JAERTON CAVALCANTE EUSTAQUIO

OFF / CNPJ PLACA
70214078400 QFF1554/PB

PLACA ANT. UF CHASSI
NOVO PB 9C2KC1680FR212153

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2015

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
00/00/0000 1º
FAIXA LPIVA PARCELAMENTO - COTAS 2º
***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 30/04/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CUBATI - PB LOCAL DATA
33375 30/04/2019

33375



20109

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798415738 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 30/04/2019

VIA COD. RENAVAM R.A.T.R.C. EXERCÍCIO
1 70214078400 QFF1554/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01047803450 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. DATA Nº CHASSI
2015 9 9C2KC1680FR212153

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIDOR BILHETE (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
\$ COTA ÚNICA PARCELADO 30/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.008/0001-04

20109-1333303-20190430

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
E CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JAERTON CAVALCANTE EUSTAQUIO

DATA EMISSÃO / DATA EXPIRAÇÃO
4044081 55DS PB

CNPJ
702.140.784-00 30/12/1994

PLACAS
JOSEILDO EUSTAQUIO DE
SOUSA
DENISE CAVALCANTE
EUSTAQUIO

PRIMEIRO SOCIO
JOSEILDO EUSTAQUIO DE SOUSA

SEGUNDO SOCIO
DENISE CAVALCANTE EUSTAQUIO

Nº REGISTRO
05889901965

VALIDADEZ
05/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
24/09/2013

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
06/03/2018

ASSINATURA DO TITULAR

82451227414
PB036415936

PROCURAÇÃO

Outorgante: Victor Silva Lima, brasileiro(a),
solteiro, marçante, portador(a) do RG nº.
4.237.703 expedido por SSP/PB em 06/06/2019 e do CPF nº.
709.703.234-96, residente na (o)
Sítio Chocara Sotelo Antonio - S/N - Zona rural
Cubati, município de Cubati - PB, CEP 58167-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) VICTOR SILVA LIMA, ocorrido em
03.03.19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Reconheço a Firma
Cartório de Cubati

Picuí - PB, 05 de setembro de 2019.

Victor Silva de Lima
outorgante

