

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO LUIZ NETO

Nº Sinistro: 3180312794

Vitima: GERALDO LUIZ NETO

Data do Acidente: 10/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312794**.

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 13089922



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO LUIZ NETO

Nº Sinistro: 3180312794

Vitima: GERALDO LUIZ NETO

Data do Acidente: 10/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312794**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo 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



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180312794

Vítima: GERALDO LUIZ NETO

Data do Acidente: 10/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GERALDO LUIZ NETO

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

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

325.971.458-83

Nome completo da vítima

Geraldo Luiz Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Geraldo Luiz Neto		325.971.458-83		Amador de ferragem	
Endereço		Número		Complemento	
Sítio Petreire		311		Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
area rural	Pedra Branca	PB	58.790-000	83.999471520/996978911	
Email		Telefone (DDD)			
sertao-assessoria@hotmail.com		83.999471520/996978911			

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3571 D/V [] (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 23879 D/V 7 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: [] AGÊNCIA NRO. [] D/V [] (Informar dígito se existir)		CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome: [] AGÊNCIA NRO. [] D/V [] (Informar dígito se existir)	

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

Heperomanga, 28 de Abril de 2018.
Local e Data

X Geraldo Luiz Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº. 271 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão de Veículos e Atropelamento

DATA DO FATO: 10 / ABRIL / 2018 **HORAS:** 8h30min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

GERALDO LUIZ NETO, brasileiro, natural de Acopiara-CE Casado, Armador de Ferragem, nascido no dia 08/MAIO/1985, filho - de José Luiz Neto e Josefa Izabel da conceição, RG 56.813.245-2 - SSP/SP e CPF 325.971.458-83, residente no Sítio Letreiro, área ru - ral de Pedra Branca/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades coninadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

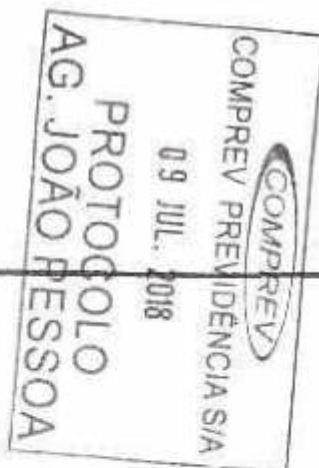
Que no dia e horas acima citadas, seguia de sua residência para - Itaporanga/PB, Rod. PB 356, no CARONA da motocicleta HONDA/NXR150- BROS KS, cor Preta, Ano 2009, Placa OFD7300/PB e chassi 9C2KDO430- 9R016590, em nome de FRANCISCO GOMES DE ARAUJO e conduzida na oca - sião por sua esposa 'MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA', portado - ra do RG 3.395.418/SSP/PB e CPF 083.525.244-29, e em um setor des - ta Rodovia, outro veículo que vinha em alta velocidade avançou na contra-mão colidindo com seu veículo, onde o causador do acidente, acionou o SAMU para atendimento de ambos.

ITAPORANGA/PB, 27 DE ABRIL DE 2018.

X *Gerardo Luiz Neto*
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Fco. Silva Rodrigues
Esc. Pol. Civil - 17ª D. Itapora
05/04/2018





GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIAMENTO REGIONAL II
BPTRAN / 4ª CPTRAN / 1ª PPTRAN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº

Nº CIOP/COPOM:

UOP/SUOP:

Data Ocorrência: 10/04/2018

Hora: 08h40min

Endereço da Ocorrência: PB 356 (Sentido Pedra Branca-PB)

1ª PPTRAN - 4ª CPTRAN - BPTRAN

Ponto de referência: Curva px ao Galpão

Natureza da ocorrência: Colisão V/L (Informativo)

Código Ocorrência

Comandante da Guarnição: CB Medeiros

Prefixo da Viatura:

VTR 6524

Nome Motorista:

Nome Patrulheiro 1: SD Figueiredo

Nome Patrulheiro 2:

Solicitante: Não identificou-se

Nº tel. Solicitante:

Endereço Solicitante: Itaporanga - PB

VÍTIMA (S)

Nome Completo: Geraldo Luiz Neto (Contato: 99625.5897) (Condutor da Moto)

Data de Nascimento:

08/05/1985

Nome Completo Genitora: Josefa Izabel da Conceição

Nº RG / Órgão Expedidor

Nº CPF:

325.971.458-83

56.813.245-2 SSP-SP

Nº CNH:

Endereço Completo: Sítio Letreiro - Pedra Branca-PB

Profissão:

Ponto de Referência: Proprietário do Bar Pingo de Ouro

Comerciante

Informações Biométricas:

Cor da pele: Altura Estimada:

Cor dos Olhos:

Complacência Física () Normal () Magro () Gordo ()

Marcas Características (assinalar)

Alcunha:

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:

Descrever Marcas Características:

Nome Completo: Maria do Socorro Ferreira da Silva

Data de Nascimento:

Nome Completo Genitora:

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo: Sítio Letreiro - Pedra Branca-PB

Nº CNH:

Ponto de Referência: Proprietária do Bar Pingo de Ouro

Profissão Declarada:

Comerciante

Informações Biométricas:

Cor da pele: Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Cor dos Olhos:

Complacência Física () Normal () Magro () Gordo

Marcas Características (assinalar)

Alcunha:

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:

Descrever Marcas Características:

VÍTIMA

Nome Completo: Anthony Soares Neves (Condutor do Carro)

Data de Nascimento: 12/05/1986

Nome Completo da Genitora: Ana Maria Soares Neves

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF:

055.648.014-74

Endereço: Rua Felinto Evangelista Primo nº68 - Itaporanga-PB

Nº CNH:

03872583404

Ponto de Referência: por trás do Fórum

Nº Telefone (s) 99659.3366

Profissão Declarada: Contador

Nome Completo:

Data De Nascimento:

Nome Completo Genitora:

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF:

Endereço Completo:

Nº CNH:

Ponto de Referência:

Nº Telefone (s):

Profissão Declarada:

TESTEMUNHAS

Nome Completo: Maxwell de Queiroz Fatín

Data de Nascimento:

Telefone: 99844.3698

Nº RG/Órgão Expedido

03/08/1992

Nº CPF:

Endereço Completo: Rua Sebastião Pedro - Bela Vista - Itaporanga-PB

Nº CNH:

Ponto de Referência: Trabalha no Galpão na PB 356

Profissão Declarada: Aux. de Serviço

Nome Completo: Antônio de Pádua

Genial

Data de Nascimento:

Nº Telefone(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF:

Nº CNH

Endereço Completo: Piancó-PB

Nº CNH

Ponto de Referência: Trabalha no Galpão na PB 356

Nº CNH

Profissão Declarada: Aux. de Serviço

Genial

ARMAS(S) DE FOGO APREENDIDA(S)

TIPO:

MARCA:

CALIBRE

ACABAMENTO:

Nº SÉRIE

DIMENSÃO CANO:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
09 JUL 2018
COMPREVE
PREVIDENCIA

TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENSÃO CANO:
CARTUCHO(S) APREENDIDO(S)					
QUANTIDADE:	CALIBRE:		TIPO:		
QUANTIDADE:	CALIBRE:		TIPO:		
VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE: 01- Carro - Hyundai Veloster - Preta - 2012/2013 - Placa: PGU-8749/PE 02- Honda NXR 150 Bros - Preta - 2009/2009 - Placa: OFD-7300/PB					

RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA:

Relato que hora e data acima citados, este Agente de Trânsito foi Solicitado via Copom dizendo o mesmo que havia ocorrido um acidente de trânsito na PB 356 (Sentido Pedra Branca.PB) próximo ao Galpão, que ao chegar no local foi constatado que se tratava de uma Colisão com vítimas lesionadas, entre um carro e uma motocicleta, o condutor da Motocicleta e a passageira (Esposa) teve segundo relato de populares, fratura nas pernas e foram socorridos pelo Samu até o hospital local, o Condutor do carro relatou que ia no sentido Itaporanga - Pedra Branca, quando a 1 KM, em uma curva, disse que um pássaro bateu na lateral direita do veículo vindo a assusta-lo e ele veio a invadir a contra mão, vindo a atingir as duas vítimas que vinham na motocicleta, sentido Pedra Branca - Itaporanga. Que de imediato solicitou o Samu para atender as vítimas. Os dois veículos foram liberados no local, o carro por estar em dias e foi entregue ao proprietário e a motocicleta não estava em condições de circular devido as avarias e nem de como o trânsito fazer a remoção, a motocicleta foi entregue a um parente da vítima, o Sr José Lindoberto Souza Lima residente: Depois do Alto Paraíso - Pedra Branca.PB (Contato: 99688.2136), os mesmos ficaram de fazer um acordo posteriormente no tocante a avarias dos veículos constando neste Boletim todos os contatos das partes envolvidas. Este B.O. Informativo foi confeccionado e entregue na D.P. Local para Informação e as devidas providências cabíveis.

No exercício legal da minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado _____, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso _____.

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s) testemunha(s)

Condutor: _____

1ª Testemunha: _____ 2ª Testemunha: _____

Cmt. da Guarnição: CB Medeiros Posto e Graduação: SD Matrícula: 521.143-3

Recebi às 10 h 52 min, de 10 / 04 / 2018, o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Nome: SERGIO LUIZ DE SOUSA Matrícula: 132322-7 Assinatura: [Assinatura]



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Geraldo Luiz Neto</i>	CPF da Vítima <i>325.971.458-83</i>	Data do Acidente <i>10/ Abril/ 2018</i>
---	--	--

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>sertao.assessoria@hotmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>83 999471520/996978811</i>

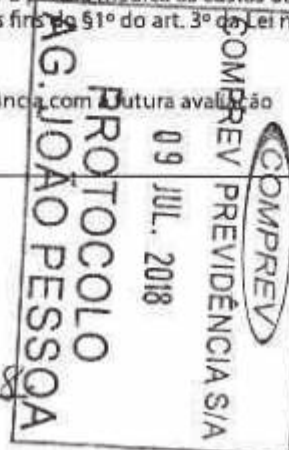
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Apucaranga, 28 de Abril de 2018
Local e Data

X Geraldo Luiz Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA DE
ITAPORANGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 10/10/2018 ID: _____ Paciente: Genaldo Luiz Neto Idade: 32 HORA: _____
Local da Ocorrência: BR- Bairro: _____ Médico Regulador: _____
Adoção no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro

QTA: ☐ Socorro por terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia:
☐ Clínico	☐ Quase afogamento/Afogamento	Medicação:
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrocussão	☐ Queda _____ metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pele Fria ☐ Pele Úmida ☐ Isocórico ☐ Anisocórica ☐ Miótica ☐ Dor
☐ Midríase ☐ Dispneico ☐ Taquipnéia ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ Fratura ☐ Contusão ☐ PCR

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Transferência/Destino:

Local: HRP (Ratos)

Responsável: Patricio 184

Função: médico

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ Perfusão Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

PA: 120 X 70 mmHg FC: 86 bpm FR: 99 irpm SpO₂: 99 % T: _____ Glicemia Capilar: 98 mg/dl Coma: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☐ Deambulação prejudicada ☐
☐ Débito cardíaco diminuído ☐ Desobstrução ineficaz das VVAA ☐ Disortetia ☐ Autônoma ☐ Dor aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐
☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a atividade ☐ Mucosa oral prejudicada ☐ Padrão
☐ respiratório ineficaz ☐ Perfusão tissular cerebral ineficaz ☐ Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Perfusão tissular gastrointestinal
☐ ineficaz ☐ Perfusão tissular renal ineficaz ☐ Termoregulação ineficaz ☐ Troca de gases prejudicada ☐ Ventilação espontânea prejudicada
☐ Volume de líquidos deficientes ☐ Volume excessivo de líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Percepção sensorial perturbada ☐
☐ Intenção social prejudicada ☐ Incontinência intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Consolidação

Intervenções:

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de acidente de moto, consciente, apresentando corte com indicação de sutura no 3º e 4º dedos da mão direita e luxação de patela e tibia. Foi realizado HVP sem SRA e identificação da Equipe: SF e admin. O clamp de tórax e amputação de PI e HDs onde foi regulado o fluxo de HRP. Foi realizado a imobilização de membro.

Médico:

Enfermeiro(a): Jessica Luana

Téc de Enfermagem: Alexandro

Condutor: Sielso

CRM:

COREN:

COREN:

Jessica Luana Bidó Jerônimo
Enfermeira

Encaminhamento:

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Recusa:

Nome: _____

Assinatura: _____

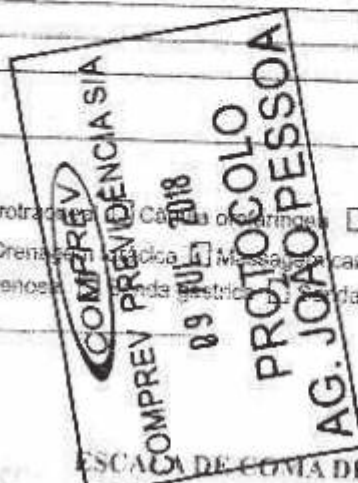
RG/CPF: _____

Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemedico): _____

Evolução clínica: _____

Diagnóstico médico: _____

Procedimentos realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação naso/orotraqueal ☐ Cálculo oximétrico ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação mecânica (manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de oxigênio O2 ☐ Drenagem torácica ☐ Massagem cardíaca externa
☐ Desfibrilação/cardioversão ☐ Controle de hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção venosa ☐ Sondagem gástrica ☐ Sondagem vesical
☐ Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar cervical ☐ Outros _____
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)Exame Gineco-Obstétrico ☐
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal


VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	Espontâneas	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

BPA/Procedimentos	
USA - 03:	
Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

BPA/Procedimentos	
USA - 06:	
Código	03.01.03.010-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: _____

Quantidade: _____

CBO: Enfermeiro: _____

Técnico: _____

Médico: _____

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

MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA
SIT LITREIRO, S/N - ÁREA RURAL
PEDRA BRANCA / PB CEP: 56790000 (AG: 164)

Emissão: 07/05/2018 Referência: Mai / 2018

Classe/Suppl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO R 230 Km 25 - Grupo Redehor - João Pessoa - PB - CEP 58071-690

Rosário 1 - 158 - 651 - 4280 Nº medidor: 00005228257

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 005.974.187
Cód. para Deb. Automático: 00010666428

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

Conta referente a

Mai / 2018

Apresentação

07/05/2018

Data prevista da
próxima leitura

06/06/2018

CNPJ / CNPJ / RAR

8352524429

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1066642-8

Canal de contato

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIÁ, 56 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58700000 (AG. 154)

Emissão: 08/02/2018 Referência: Fev / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B 230, 1+2 - Cód. Fornecedor: 3081 Pessoa / PB - CEP: 58071-400

Roteiro 7 - 154 - 25 - 3830 NF Medidor: 00006205001

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.095.193/0001-40 - 140 Est. 18 21-5 820-0

Não Faltou / Conta de Energia Elétrica Nº 001 967 486

Cód. para Dis. Automática: 0000278434

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

Conta referente a

Fev / 2018

Apresentação

09/02/2018

Data prevista da
próxima leitura

14/03/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

3924706409

rec. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/27663-4

Canal de contato

- Leve o choque ao chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um banco 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	Leitura	Data	Leitura			
12/01/18	8884	09/02/18	8889	1	76	28

Demonstrativo		Valor Base Calc. Atual (R\$)		Valor Base Calc. Anterior (R\$)		Valor Base Calc. Anterior (R\$)	
Descrição		Quantidade		Valor Base Calc. Atual (R\$)		Valor Base Calc. Anterior (R\$)	
		Total (R\$)		Total (R\$)		Total (R\$)	
0901	Consumo em kWh	75,000	0,722233	54,01	54,01	25	13,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DEMORAÇÃO 2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 01/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geraldo Luiz Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.971.458 / 83, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Geraldo Luiz Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.971.458 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

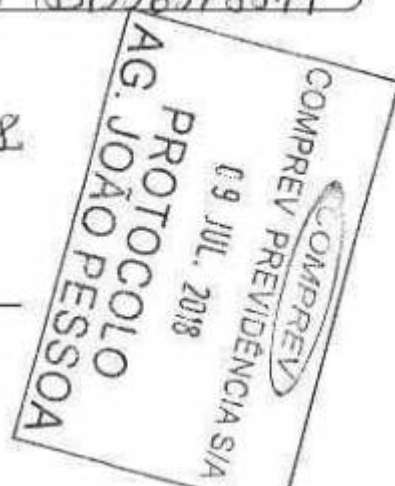
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaporanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaporanga, 28 de Abril de 2018
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante





Dr. Galdêncio

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: HD-Itaporanga
PARA: HRP
ENCAMINHO: Givaldo Luiz Neto IDADE: 32a SEXO: masculino
RESIDENTE: Pedra Branca
MUNICÍPIO: _____ UF: _____
PA: 120 x 60 MM/HG TEMP: _____ °C PESO: _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

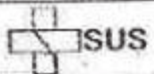
Paciente vítima de acidente automobilístico, admitido consciente porém desorientado, respirando em ar ambiente, apresentando fratura tilial e possível fratura de colo de fêmur; com rotacão anômala do M.I. Realizada infusão de cristalóides e analgesia.

101041 JK

HORA: 14h

Dra. Anna Freitas
Médica
CRM-PB: 11.323

COMPREV	COMPREV FREQUÊNCIA S/A
09 JUL. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



ESTADO DA PARAIBA - SEC. ESTAD. DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
END.: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendim.: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Class. Risco: AMARELA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA Reg.: N
Paciente: GERALDO LUIZ NETO Enc.: N
Nome Social:
Filiação I: JOSEFA IZABEL DA CONCEICAO Filiação II JOSE LUIZ NETO
Nascimento: 8/5/1985 Idade: 32 Cor: PARDA Gênero: HOMEM CIS
Profissao: AGRICULTOR(A)
Endereco: SÍTIO LETREIRO Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)9636-7852
Cidade: PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004
CNS: Ident: 568132452 Reg. Nasc.:
CPF: Recep: RICARDO Cod. Pac. 109703
Data / Hora: 10/4/2018 11:18:54 Ficha: 249173
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

PESO: PA: TEMP.:
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Relatório de Atendimento de
Moto. Policiais
10/4/18 AM
Admissão pelo
MTE - FANZANA!

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

PP FANZANA

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H11 Min 30

DIAGNÓSTICO

PROCE

MATERIAIS - M

OBSERVAÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃO

RALFF LOPES DE MEDEIROS PER

CARÁTER

- ☐ 01 - ELETIVO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TR
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PAR
- ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENEN

SERVIÇOS REAL

1 -	0	3	0	1
2 -				
3 -				

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

☒ INTERNAÇÃO ☐ ALTA A PEDIR
☐ TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM:

Letra ilegível n



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 29741

Data/Hora 10/4/2018 11:42:08

Prontuario: 109703
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: AMARELA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente GERALDO LUIZ NETO

Idade: 32 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I JOSEFA IZABEL DA CONCEICAO

Filiação II JOSE LUIZ NETO

Endereço

Cidade PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004

Endereço: SÍTIO LETREIRO

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: ACOPIARA - CE

Fone: (83)9636-7852

N:

Documentos

CNS: 704-8030-1528-1348

Identidade: 568132452

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 8/5/1985

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

AC DE AUTO

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: 26/04/18

Hora: 01 H 20 Min

Motivo: () Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)



KATIA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Gustavo Luiz Neto		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
10/4/18			
Cirurgião	1º Auxiliar	DR. F. J.	
DR. G. A. M. C.			
Anestesiista	Tipo de Anestesia	R. M. C.	
DR. M. A. C.			
Diagnóstico Pré-Operatório	fratura exposta de fêmur		
Tipo de Cirurgia	+ luxação do quadril (E)		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista	L. M. C. + fratura do		
	membro superior +		
Exame Radiológico no Ato	Zona de enf. (E)		
Acidente Durante a Cirurgia			

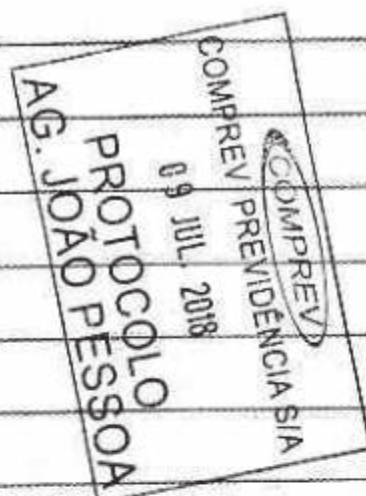
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado	Aspecto Visual
1. Ponte a m. f. de	
2. A. f. + enf.	
3. L. M. C. + fratura + enf.	
4. enf. (E)	
5. Zona de enf. (E)	
6. Luxação + artroscopia	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Chelido Luiz Nito</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <i>24/04/18</i>	Enf.	Leito
Cirurgião: <i>Dr. Luiz Carlos de A. L.</i>	1º Auxiliar: <i>Dr. João da Silva</i>	
Anestesista: <i>Dr. Targino</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura do fêmur do membro inferior direito (E)</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Fixação com placa</i>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

*Realizada em sala de cirurgia / Anestesia geral e com
por via femoral / Realizada em fêmur direito / Redução
cirúrgica e fixação com placa e parafusos / Realizada
cirurgia de reparação / Sutura e cicatrizes*

*Dr. Jandúhy Carneiro de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7019*

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAUDE



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUARY CARNEIRO

OPERADOR: Guilherme Luiz Neto REGISTRO: 109703
 DATA: 32 ANOS: 32
 CATEGORIA: SUS
 ANESTESIA: Guilherme Luiz Neto
 DATA: 10/04/18 HORA: 12:30
 NOME DO PACIENTE: MANOEL
 NOME DO CIRURGEAO: Guilherme Luiz Neto
 NOME DO ANESTESISTA: Guilherme Luiz Neto
 NOME DO INSTRUMENTISTA: Guilherme Luiz Neto

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		8 calp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Malotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembulal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Corminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0.06mg		Dreno Penrose
	Xilofesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Torax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etomidate		Xilocaína Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Pubicovina 0.5%		PVP Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexel 0.5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. 1%		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vasolina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
			Pacilha de Formol

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Gerardo Luiz Neto</i>				GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	
21	LEITO	CONVÊNIO	IDADE <i>32</i>	REGISTRO <i>109.703</i>	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CIRURGIÃO <i>Dr. Luiz Carlos de Vasconcelos</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. José Carlos</i>		
ANESTESIA <i>Dr. Carlos</i>			ANESTESIA <i>Dr. Carlos</i>		
INSTRUMENTADORA <i>Dilmarcio</i>			DATA <i>04.04.18</i>		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
☒	TX. de Instrumentador	☒	Equipo p/ soro e sangue
☒	TX. Capnógrafo <i>FC 0.9/1.000 p/rl</i>		Scalp
☒	TX. Bomba de Infusão <i>Infusor 02</i>	☒	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	☒	Lâmina de Bisturi <i>24</i>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
☒	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	☒	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	☒	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	☒	Seringa 20 ml
☒	TX. Oxímetro de Pulso	☒	Eletrodos desc.
	Neocain	☒	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionornbutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
☒	Dorminid		Éter Sulfúrico
☒	Fentanil 0.05mg		Dreno Perrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
☒	Xilocalina a 2%	☒	Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocalina Gel
☒	Ketalar	☒	Álcool 70%
☒	Pubicovaina 0,5%	☒	PVPI Tintura
	Dimorf	☒	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcolin	☒	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
☒	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine	☒	Fio Cromado 0 c/ agulha <i>Vicini</i>
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
☒	Cefalotina 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
☒	Pialet <i>decomposição</i>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
☒	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
☒	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	☒	Nylon 2-0

AG. JOÃO
PROTÓCOLO
09 JUL. 2018
S.O.A.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Paciente		Enfermeiro		Leite		Nº Prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor			
24/04/15		120 x 00 / 96		esp		sf			
Tip. Sangue		Hemátias		Hemoglobina		Hematócrito		Hes. sm	
Urina		Azul		Branco		Branco			
A2: Respiratório		A3: Circulatório		A4: Digestivo		A5: Urinário		A6: Endócrino	
NDN		Dentes		Pescado		Alergia		Hipertensão	
IEJUM OK		Ataxia		Corticóides		Estado Físico		Risco	
CONSCIENTE		L. arbor. esp.							
Análise de Anestesia		Médico Pré-Anestesia		Aplicação de		Estado			
MIDAZOLAM 5-Mg									
02		(SF) (SF)							
250		240		230		220		210	
200		190		180		170		160	
150		140		130		120		110	
100		90		80		70		60	
50		40		30		20		10	
0									
Simbolos e Anotações		90							
Posição									
Agentes		NEOCAINA 0,25% PESADA + LIDOCAINA 1% 40ml		LIDOCAINA 1% 20ml					
Técnica		BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL INTERSCALENICO E AXILAR							
Duração		1h 00 min							
Cirurgião		Dr. Janduí							
Anestesiologista		DR. TAVIO LEAL							
Observações									
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias									

INDUÇÃO

Gatilho: ☒ Esp. ☒ Toss. ☒

Laringe Espasmo: ☒ Lenta: ☒

Náuseas: ☒ Vômitos: ☒

Outros: ☒

MANUTENÇÃO

Cefazolina 2g Dexamet. 8mg

Efortil 10mg Tenoxicam 20mg

Anestesia Sulfon. 2g Ondansetrona 8mg

Não, porque?

DESPERTAR

Reflexos no SO: ☒

Obstr. CO2: ☒ Exat. ☒

Náuseas: ☒ Vômitos: ☒

Outros: ☒

Com cânula para o tubo sim: ☒

CONDIÇÕES

Cânula 20

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 JUL. 2018

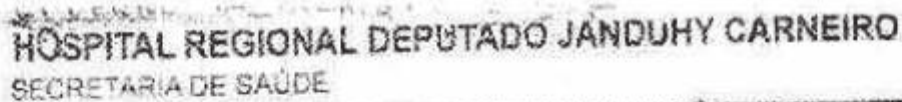
PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

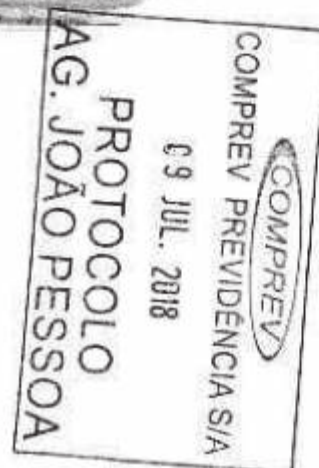
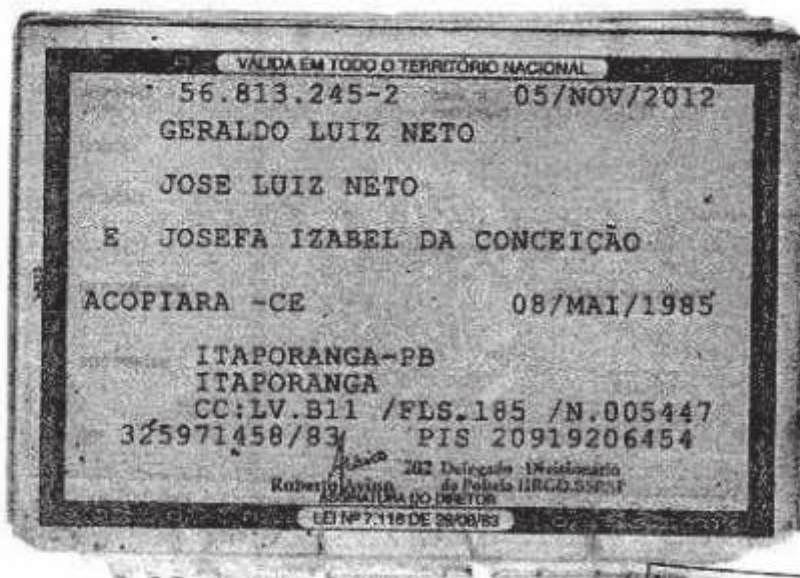
Dr. Távio Leal Januário

CRM PB 5774

Anestesiologista

[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S.
09 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

SOC. SENTINELA / OUT. EMISSÃO / UF
5432161 SEP PE

CPF 039.247.044-09 DATA NASCIMENTO 13/04/1978

PLACAO

ADILSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

VA

IP REGISTRO 04119210871

VALOR 20/04/2003

DATA HAB 14/04/2007



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1424948517

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL **SEDETA FALCADA, PE** DATA EMISSÃO **21/05/2017**

ASSINATURA DO INTERESSADO

[Assinatura]

ASSINATURA DO AGENTE

[Assinatura]

32584380702
28075781304

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1424948517

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9641613397
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RPT 20121000005378-2
1 39424506-7 00/00000000 2012

NOME
FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

CPF/CNPJ 09454382497 PLACA OED7300/PB

PLACA ANT/LF NOVO PB 9C2KD04309R016590

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO HONDA/NEO150 BROS KS ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR/PIL DOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA PAGO EM 05/11/2012

PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 09/10/2012

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

DIAMANTE-PB LOCAL 33790 DATA 21/11/2012

3105

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

SEGURO OBRIGATORIO
MOTOCICLETAS

PB Nº 96416

094543824

PB Nº 96416

VIA 1 0945438

RENAVAM
394245067 G

ANO FAB 2009 ANO MOD 9

PIS (R\$)

CUSTO DO BILHETE

☐ COTA ÚNICA

Segurac

31

Emissão de Guia para Pagamento

O endereço do veículo cadastrado no DETRAN/PE encontra-se confirmado para o exercício corrente.

A emissão do Certificado de Registro e Licenciamento Veicular (CRLV) só é possível mediante pagamento de todos os débitos existentes na opção "Licenciamento" e das multas vencidas.

Importante: Em decorrência da aplicação da Lei Federal 13.281/2016, que alterou o Código de Trânsito Brasileiro (artigo 284, parágrafo IV), incidirão juros sobre as multas (infrações de trânsito) pagas após a data de vencimento. Em razão disso, o acesso aos boletos para pagamento das multas deve ser feito na opção "Desdobramento de débitos".

Caso queira realizar o pagamento de um débito específico, acesse a opção "Desdobramento de Débitos".

É possível fazer a opção entre pagar ou não a taxa de Postagem de Documentos. Optando por pagar essa taxa, o cidadão receberá, após quitar todos os débitos e sanar possíveis restrições veiculares, o CRLV em sua residência.

Quem não quiser pagar a taxa de postagem deverá agendar a emissão do CRLV, no site do DETRAN-PE, após quitar todos os débitos e sanar possíveis restrições veiculares.

Informe o CPF/CNPJ do Proprietário ou do Arrendatário do Veículo:

*(Somente números Ex:999999999999):

Selecione a opção de guia desejada:

☒ Desdobramento de débitos

Gerar Guia

Detalhamento de Débitos - Placa: PGU8749

Restrição:

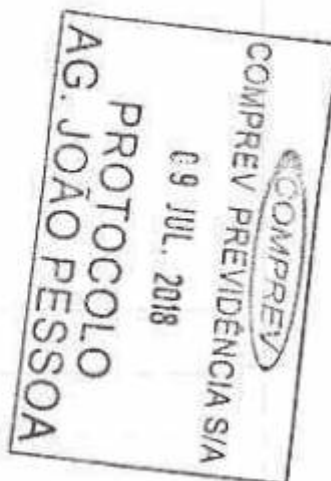
NADA CONSTA

LICENCIAMENTO

NADA CONSTA

TAXAS DETRAN

NADA CONSTA



Declaração:

Eu, **GERALDO LUIZ NETO**, portador do RG nº 56.813.245-2, SSP/SP e CPF nº 325.971.458-83, residente no Sítio Letreiro, s/n, área rural, Pedra Branca, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, 10/04/2018, eu e minha esposa, a senhora **MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA**, portadora do CPF nº 083.525.244-29, fomos vítimas de acidente de trânsito (atropelamento) tendo em vista que o veículo que eu pilotava encontra-se em nome de terceiros e, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

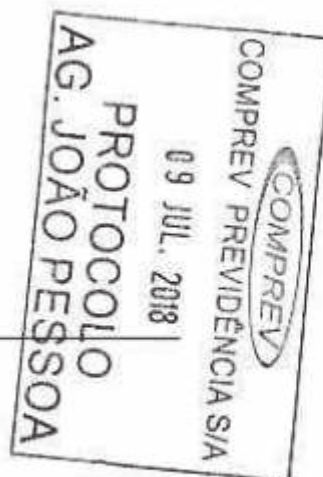
Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a **Simples Ocorrência do Dano** e que o acidente seja com **Veículo a Automotor**, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Ciente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, e desde já requerendo que seja marcada a perícia médica, desta forma, sendo feita a mais lúdima justiça.

Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 05 / Julho / 2018.

Autor: Geraldo Luiz Neto



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Luiz Neto

Nacionalidade: Brasileiro /Estado Civil: Casado

Profissão: Amador de ferragem

Identidade: 56.813.245-2 /CPF: 325.971.458-83

Endereço: Sítio Petreire, S/N, área rural, Pedra Branca/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro /Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.161 /CPF: 039.247.064-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado adma qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, 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: Geraldo Luiz Neto

Local e data: Itaporanga/PB, 01/ junho/2018



SERV. NOTARIAL REGISTRAL HELENA TEOTÔNIO PRIMA
Rua Manoel Claudino da Silva, 400, Centro, Pedra Branca - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Geraldo Luiz Neto
Dou fe. Pedra Branca/PB - 01/06/2018
Notário: Joaquim Aurélio Teotônio dos Santos
Selo Digital AGX09567-FSZZ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol: R\$9,48 Farpem R\$0,28 MP R\$0,15 Fep R\$1,90

