

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vitima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180450135**.

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 13411183



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vitima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180450135**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180450135 **Cidade:** Soledade **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS **Data do acidente:** 04/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) // (VÍTIMA EM TRATAMENTO).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vitima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180450135**.

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 13411183



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Nº Sinistro: 3180450135

Vitima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180450135**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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

53694406468

Nome completo da vítima

Roberto Luiz de Almeida Farias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Roberto Luiz de Almeida Farias	536944064	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua Prof. Gervásio Pessoa	511	Casa
Bairro	Estado	CEP
Centro	Paraná	5870000
Cidade	Telefone (DDD)	
Guarapuá		
Email		
roberto.luz@outlook.com		

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

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA N.º		BANCO Nome	
D/V		N.º	
0493		BRADESCO	
(informar dígito se existir)			
CONTA N.º		CONTA N.º	
D/V		D/V	
0038355		6	
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

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

Guarapuá, 10 de Agosto de 2012

Local e Data

Roberto Luiz de Almeida Farias

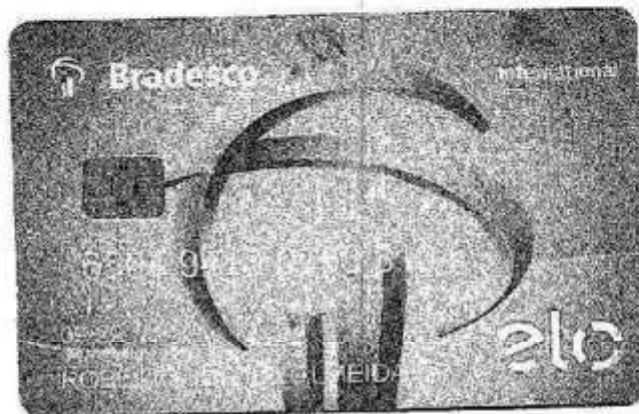
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO



do pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente

ANCIA

CONTA

493 6

0038355 4



THORIZED SIGNATURE

Facil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

do Exterior +55 (11) 4002-0022

00 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)

Auditoria ou de Fala: 0800 722-0099

0800 727-9933

Bradesco

NO EXTERIOR



Diners Club
INTERNATIONAL

ATM
pulse

Banco24Horas

DISCOVER



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catoie - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000497/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000497/18 registrada em 28/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:12 horas, compareceu o Sr. ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS, com 57 anos de idade, filho de LUIS GARCIA DE FARIAS e MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 748.323 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 53694406468, residindo à rua PROFESSORA GENUÍNA PESSOA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de GURJÃO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 03h00min do dia 04.07.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga a Fazenda Pendência a cidade de Soledade/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2018/2018, de cor vermelha, chassi nº 9C2KD0810JR022333, placa QFU-4713/PB, licenciada em nome de Robério Luiz de Almeida Farias, quando nas imediações do Sítio Catingueira foi "fechado" por um caminhão pipa de placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, fazendo com que o comunicante perdesse o controle de direção, caindo em um barranco, sofrendo traumatismo em MEI, com fratura do cotovelo, sendo socorrido por populares que passavam pelo local, sendo levado inicialmente para Gurjão/PB e de lá foi transferido em uma ambulância para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos e posteriormente transferido para o hospital Antonio Targino, também nesta cidade, onde finalmente passou por cirurgia, conforme documentos em anexo, enquanto que o condutor do caminhão pipa que deu causa ao acidente evadiu-se do local, tomando rumo ignorado, não prestando qualquer tipo de socorro ao comunicante; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local do ocorrido, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do caminhão envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 28 de Agosto de 2018

Robério Luiz de Almeida Farias
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Declarante

José Alberto do Nascimento
JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

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

Roberto Luiz de Almeida Faria

CPF da Vítima

53694406468

Data do Acidente

04/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Romão de Araújo

CPF do Representante Legal

40528964497

E-mail

fernando@bb@outlook.com

Telefone (DDD)

(55) 959055108

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

Gurupá, 20 de Agosto de 2018

Local e Data

Roberto Luiz de Almeida Faria

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
RUA PROFª GEMINA FERREIRA, 211 - CENTRO
OURAÇO/MS CEP: 55300000 (40-100)

Endereço: 09/07/2018 Referência: J. 2018

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO 220V 60Hz
Ratificação: 2 - 001-405-4449 Nº medidor: 00000130255

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Cidade: Pádua - Paraná - CEP: 83907-000
CNPJ: 085 439/000-43 Insc. Est: 16.015.020-0

Endereço: Rua do Comércio, 100 - Pádua - Paraná - CEP: 83907-000

Cod. para Débito Automático: 0001402207

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAI
Jul/2018	09/07/2018	08/08/2018	636.944.084-08

UC (Unidade Consumidora): **5/1403323-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 07/07/18 Leitura: 7189	Data: 06/07/18 Leitura: 7256	1	157	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo em kWh	157,00	1,20	188,40	188,40	188,40	188,40	188,40	188,40
0002	Adc. B. Remessa	12,55	12,55	157,00	157,00	157,00	157,00	157,00	157,00

CC	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0003	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 09/06/18	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	JUROS DE MORA 09/06/18	1,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 09/06/18	2,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	MULTA 09/06/18	2,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/06/18	1,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/06/18	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 157,00 157,00 157,00 157,00 157,00 157,00

Média última mês (kWh): **157** **VENCIMENTO 16/07/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 153,92**

Histórico de Consumo (kWh)

154 / 173 / 144 / 149 / 152 / 229 / 203 / 190 / 106 / 108 / 150 / 150

RESERVAÇÃO DE DÍGITO: **67b4.81ca.7bdc.c3f2.ebc8.587e.563c.a52c.**

Indicadores de Qualidade			Valor		%	
Limite da ANEL	Acurado	Limite de Tensão (V)	Valor	Valor	%	%
DICIONÁRIO	0,03	0,00	31,80	31,80	30,67	30,67
DICIONÁRIO	12,00	NOV-18	4,00	4,00	33,33	33,33
DICIONÁRIO	24,12	0,00	4,00	4,00	33,33	33,33
DICIONÁRIO	9,42	0,00	4,00	4,00	33,33	33,33
DICIONÁRIO	1,00	0,00	4,00	4,00	33,33	33,33
DICIONÁRIO	15,70	0,00	4,00	4,00	33,33	33,33
DICIONÁRIO	2,54	0,00	4,00	4,00	33,33	33,33
DICIONÁRIO	2,22	0,00	4,00	4,00	33,33	33,33

ATENÇÃO **Faturas em atraso**

PÁDUA
RUA PROFª GEMINA FERREIRA, 211 - CENTRO
OURAÇO/MS CEP: 55300000 (40-100)

VENCIMENTO 16/07/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 153,92**

53620000001-3 53920354000-0 14033232018-7 07200103019-5

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E SANEAMENTO DA PARAÍBA
Rua Policiano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.123.884/0001-87

FAÇA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTATADO DO
SEU CONTADOR

69465908

Nº. SSP

18693625

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

OTAVIO EMILIANO ALVES
RUA VITAL F DA SILVA, 63 - IAND - CENTRO QUEIMADAS
PB 58475-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Bedroom	Garage	Master	Other	
030.008.395.0350.000	000	-	-	-	-	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		

Constatamos em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, no mais de 5 dias, considere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
MAI/2018	08/06/2018	37,91			
JUN/2018	08/07/2018	39,62			

EMISSION:

27/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 76,73

26 SET 2018

RECEBIDO

GOVERNO
DA PARÁIBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Pedro Paulo de Almeida Soares</u>	Bairro: <u>Quilombo</u>	Documento de Identificação: <u>123456789</u>
Endereço: <u>Av. Brasil, 123</u>	Data de Nascimento: <u>01/12/1980</u>	Data do Atendimento: <u>26/09/2018</u>
Queixa: <u>Acidente de trabalho</u>	Horário: <u>14h</u>	Documento: <u>123456789</u>
Acidente do trabalho? ☐ Sim ☒ Não		
Classificação de Risco		
Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☒ Fútil de dor ☐ Gemente	
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	Temperatura axilar:	
Dosagem da HGT:	Mucosas: ☐ Normocrada ☐ Pálida	
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca		

Estratificação

☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 1 hora

☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Data da internação: 04/07/2018 Hora: 09:29:00

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
1686348

7 - CARTÃO DO SUS
708602567935589

8 - DATA DE NASCIMENTO
01/12/1960

9 - SEXO
MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 83 937071152

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PROFESSORA GENUÍNA PESSOA, 0, GURJÃO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Gurjão

14 - COD. JARÉ MUNICÍPIO 15 - UF
250650 PB 16 - CEP
58670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma no cotovelo
com dor e inchaço

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exf / R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do cotovelo

21 - CID 10 PRIMÁRIA

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

26 - DOCUMENTO

(X) CNE () CPF

28 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016277645787

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
04/07/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO SINISTRE

39 - SÉRIE

40 - CNAB DA EMPRESA

41 - CBOA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COG. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNE () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Roberto Luiz de Almeida Soares
pessoa responsável pelo doente Marcos Elcio de Almeida
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

CPF: 536.944.064-68 (Paciente)

CPF: 526.029.539-61 (Responsável)

Em, 05 de julho de 2018

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

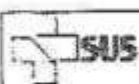
Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Data da Internação: 04/07/2018 Hora: 09:29:00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ORIENTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

6 - N° DO PROCTUÁRIO
1686348

7 - CARTÃO DO SUS
708602567935589

8 - DATA DE NASCIMENTO
01/12/1960

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS

11 - TELEFONE DE CONTATO
987071152

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PROFESSORA GENUÍNA PESSOA, 0, GURJÃO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Gurjão

14 - CID - CID 10
250650

15 - UF
PB

16 - CEP
58670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma no abdômen
com dor e emagrecimento

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exatidão

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exatidão

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Exatidão

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CATEGORIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016277645787

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
04/07/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
Carimbo do Conselho de Medicina - PB 3558

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - CID - CID 10

39 - DOCUMENTO () CNES () CPF

40 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Roberto Luiz A. Araújo IDADE: 57 SEXO: m
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 05/07/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia	() Tontura	() Síncope
() Dispnéia de esforço	() Grande	() Pequena
	() Média	() Ortopnéia
() Paixitações	() Tosse Seca	() Expectoração
() Dor Precordial	() Típica	() Atípica
Relacionada () Esforço	() Emoções () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus	() Insuf. Cardíaca Congestiva	() Insuficiência Coronariana
() Arritmias	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>neg.</u>	() Tabagismo
() Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Outros
() Cirúrgico: <u>neg.</u>	

Medicamentos em uso ☒ Não

() Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: cor, 2T, 2D

FC: 74 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs: _____

Diagnóstico

W. H. Deane

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Patient's

Whoochie

Alojamento

Leito

Conversio

Delta

Prescrição Médica

Horácio

Evolução Médica

Prescribed by: Dr. H. H. H. H. H.

75 Ak Loux P. J. M.

Billie Mae (Wade)

9) $\frac{1}{2} \ln 2$ and $\ln 2$ are

③ black box end (E)

264
of the two cities

71 Danforth St. 2nd Fl. (2)

2476

CCO - 21

Dr. Eduardo Diego Pérez
Morelia - Toluca
C32 - pp 635

Dr. E. B. Smith
Orologio - 95-800

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Roberto Leite

Prescrição Médica

Horário

Exatidão

Evolução Médica

Leito

Paulo Osório

Dieta livre

Sf 0,9% 1500 ml EV em 24hs

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Omeprazol 40 mg IV / dia

Tilidil 20mg IV 12/12hs

Fenol 100mg + Sf EV 8/8hs SN

Fenol 2ml + AD EV 8/8hs SN

~~Clonitazem 1mg~~

SSV + CC 66

Clonitazem 600 mg + AD EV 6/6hs

Dr. Roberto Leite
CRM RJ 123.456

Paciente estável
sem alterações
Col. VPM

Curativo Agudo
no abdome

Dr. Roberto Leite
CRM RJ 123.456



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 05/07/2018
HORA: 08:59:18



2298610

Prontuário 913014	Nome do Paciente ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS	Nascimento 01.12/1960	Idade 57	Sexo M	Cor	Naturalidade JUAZEIRINHO	Religião
Estado Civil	CPF 536.944.094-68	RG 748323 SSP PI	Grau de Instrução	Profissão		Fone Residencial 88589666	Fone Trabalho
Filiação	Mãe: MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS	Pai: LUIZ GARCIA DE FARIAS				Complemento Endereço	
Endereço	R. PROFESSORA GENÍVIA PESSOA, 468 - CENTRO, GUARUÁ-PB CEP:						
Atendimento 2298610	Data 05/07/2018	Hora 08:59	Sector 3008-SECRETARIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Médico Atendente 2305-RALTON MARINHO DA COSTA				Motivo Atendimento 4-INTERNAÇÃO URGENCIA			
Plano / Convênio 37-PACOTE/PI-PACOTE ENFERMARIA	Nº Carteira	Validade	Nº CNS 708902567935580				
Posto	Acomodação	Leito 2 laterais					
Guia INTERNAÇÃO	Procedimento 9338888 INTERNAÇÃO	(+913014*)					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) **ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS**, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, **CRM**, Estado do(a) **PB** para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas. Ficou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: **ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS**
Endereço: **R. PROFESSORA GENÍVIA PESSOA, 468 Bairro CENTRO, GUARUÁ-PB**
Telefone: **987071152**

CAMPINA GRANDE, 05 de Julho de 2018

AUGUSTO TORRES
Responsável pelo Atendimento

Rx de Controle
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
Responsável pelo Paciente

REALIZADO EM: **05/07**

05/07/18

tipocur ok

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALIAS:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

05/11/14

Amoxicilina

S.R.h. 1000

Cefotaxima 1000

Dipirona 1000

Paracetamol 400

Dexametasona 200

Omeprazol 10

Nortriptina 10

Tramadol 100

Clonazepam 10

Clonazepam 900

EVOLUÇÃO MÉDICA

Amoxicilina 1000
Cefotaxima 1000
Dipirona 1000
Paracetamol 400
Dexametasona 200
Omeprazol 10
Nortriptina 10
Tramadol 100
Clonazepam 10
Clonazepam 900

Dr. [illegible]
Cada 12h
2014

PACIENTE: _____
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 05/07/18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: [assinatura] 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTAL OR: _____
 ANESTESISTA: [assinatura] TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [assinatura] [assinatura]
 TIPO DE OPERAÇÃO: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: [assinatura]

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 TÉCNICA: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 LIGADURAS: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 DRENAGEM: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 SUTURA: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 MAT. EMPREGADO: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 ASPECTO: [assinatura] [assinatura] [assinatura]
 VICERAS: [assinatura] [assinatura] [assinatura]

[assinatura]

Dr. [assinatura]
 CRM: [assinatura]
 RCD: [assinatura]
 RBO: [assinatura]

Harah's

[illegible]



HOSPITAL

ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA

R. Professora Genuíra pessoa 468. Nº 044578. Centro Guaporé PB

PACIENTE: Roberto Luiz de Almeida Farias 57 anos

CONVÊNIO: pocote SUS ☐ PRONTUÁRIO: 913014/2298610 DATA: 05/07/18CIRURGIA: tratamento cirurgico Fratura de cotovelo.CIRURGIÃO: Dr. Ralton

AUXILIAR:

AUXILIAR: ANESTESISTA: Dr. MarcioCIRCULANTE: Drika SALA: 06 HORÁRIO: INÍCIO: 16:00 FINAL: 17:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	06
1699	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	02
255799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
485C	CEFA-OTINA 1g	02
122706	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
104896	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2023	CLORETO DE SÓDIO	
5804	DEXAMETASONA	01
4865	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5978	DOPAMINA	
32'90	EFEDRINA	01
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2048	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5308	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2282	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
68938	OMEPRAZOL 40mg	
7018	PROSTIGMINE	03
70238	QUELICAM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70371	TRANSAMIN	
70572	TIATIL 40mg	01
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	A-FENTANILA	
8885	DIEYFAX 10mg	
3028	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	
68956	DORMONID	01
89839	DORMONID COMP.	
48850	FENOBARBITAL	
3889	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69820	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
128233	CISATRACURIO	
9051	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	2ml 01
2801	LIDOCAINA 2% CV	01
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2180	NEOCAINA 0.5% CV	01
70730	NEOCAINA 0.5% SV	
1995	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI CV	
97448	NOVAPUPI ISOBARICA	
284590	NOVAPUPI SV	
2216	PANCURONIO	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	01
110085	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
181281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
40x12	AGULHA DESCARTÁVEL N°	08
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2255	ALGODÃO HIDRÓFILO	
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	04
	ATADURA CREPON N°	
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27680	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 23X28	100
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TORAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
26'5	ESPARADRAPO	30cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	40 pct
	GAZES	
3425	GELFOAN	
609'7	GILETE	
	GUENDEL N°	04 01
3468	INTRA-CATH	
	JELCO N°	
	LÂMINA BISTURI N°	24 02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	01
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 8.5	
69762	MICROPOR LARGO	
	SCALPS N°	2L 01
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	03
3689	SERINGA DE 10cc	04
3997	SERINGA DE 20cc	06
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	01
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON	14 01
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO CIA N°	
	ALGODÃO S/A N°	
	CROMADO CIAN N°	
	CROMADO SIAN N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
AG/03	MONONYLON N° 2.0	04
	PROLENE N°	
15/04	VICRYL N° 01	01
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	30ml
304003	CLOREXIDINA	60ml
2631	ETEB	
3803	ETEB DEGERIVANTE	100ml
3611	PVPÍ TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANÍOTOMO	
	INTENSIFICADOR de imagem	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	12
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NÍTRICO	
	OXIGÊNIO	30/m 12
	OXÍMETRO DE PULSO	12
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	KANITOL 20%	
174459	PURISOL 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	04
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	02
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Filtro respiratório (1)	
	Trocax	01

Gratia Brito de Oliveira Costa
 Téc. de Enfermagem
 REG. PA. 001165237

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO:

SETO:

CONVÊNIO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

06/10/18

Prescrição

S. Pombos 1000

15

Omeprazol 40

Ceftriaxona 1g

15

Dipyrone 12616

15

Docusina 750

09

Clemastina 40

Plavix 90

Quartido e
Clemastina

EVOLUÇÃO MÉDICA

*Quartido no 1º dia de
p.o. melhora*

Jepp 12:06

RECETARIO
HOSP. TA
ANTONIO TARGINI
R. 12616
F. 12616
C. 12616
E. 12616
S. 12616
P. 12616
M. 12616
A. 12616
J. 12616
D. 12616
N. 12616
I. 12616
O. 12616
L. 12616
T. 12616
U. 12616
V. 12616
W. 12616
X. 12616
Y. 12616
Z. 12616

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Roberto Luiz

IDADE:

ALIA:

5.1.1

LEITO:

52

MÉDICO:

Dr. Roberto

DATA:

05/07/18

MANHÃ

TA RDE

NOITE

Paciente em pós-operatório de fratura de cotovelo (E) feito Rx de controle imediato Acl + SSCV.

Marta Cristina Silva
Marta Cristina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 604317

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

Nome: Roberto Luiz Almeida ^{Falecido}

Idade: 57 Sexo: masculino

Procedência:

Profissão:

1) SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomático ☐ Sintomático ☐ Oligossintomático

2) SINTOMAS:

☐ Cefaléia ☐ Tontura ☐ Síncope
☐ Dispnéia de esforço ☐ Grandes esforços ☐ Pequenos esforços
☐ Médios esforços ☐ Ortopnéia
☐ Tosse Seca ☐ Tosse produtiva ☐ Palpitação
☐ Dor precordial ☐ Típica ☐ Atípica
Relacionada: ☐ Esforço ☐ Emoções
☐ Frio ☐ pós-prandial

Comentários: _____

3) PATOLOGIA EM CURSO:

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica ☐ Hipertensão Pulmonar
☐ Diabetes Mellitus ☐ Insuf. Cardíaca Congestiva
☐ Insuf. Coronariana ☐ Arritmias
☐ DPOC ☐ Outros
☐ Insuf. Renal ☐ Aguda ☐ Crônica

4) ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ Etilismo ☐ Tabagismo ☐ Sedentarismo *na cirurgia*
☐ Cirúrgico ☐ Alergia a medicamentos ☐ Dislipidemia
Medicamentos em uso: ☐ Sim ☒ Não ☐ Outros

5) EXAME FÍSICO:

Estado Geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário

Ap. Cardiovascular - Comentário: PCH 25 bpm 5/55

F.C.: 50 B.P.M.

P.A.: 110x60 mmHg

Abdômem - Comentários: normal

Membros Inferiores - Comentários: normal

6) E.C.G.

Ex. complementares

Bradicardia Sinusal

7) CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO

☐ Grau I - ACC e ECG normais (Risco Cirúrgico Normal)
☒ Grau II - ACV e ECG anormais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau III - ACV e ECG anormais (Indicado Monitorização Cardiológica)
☐ Grau IV - ACV e ECG com graves alterações (Alto se possível evitar)

Comentários: _____

05
07
18

Dr. Fábio S. de Farias
Cardiologista Intervencionista
CRM-PB 8123

Sr(a): **ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS**
 Idade: **57 ANOS**
 RA: **0110074504** Dt Coleta: **05/07/2018 - 11:21:33**
 Dr(a): **RAILTON MARINHO DA COSTA/3965**
 Convenio: **PACOTE -HAT**
 Emissão: **05/07/2018 - 12:12:34** Local: **EMERGENCIA**



HEMOGRAMA COMPLETO



ERITROGRAMA Valores Encontrados

Hemácias	5,09
Hemoglobina	15,6
Hematócrito	45,5
V.C.M.	89,4
H.C.M.	30,6
C.H.C.M.	34,3
RDW	13,8

Valores de Referência

milh/mm ³	3.90 a 6.70
g/dL	H: 13.5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
%	H: 41 a 55 M: 36 a 49
u3	80.0 - 98.0
pg	26.0 - 32.0
g/dL	32.0 - 36.0
	11.0 - 14.5

Série Vermelha: Normocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	6840
Bastonetes	0
Segmentados	62
Eosinófilos	1
Basófilos	0
Linfócitos	25
Linfócitos reativos	0
Monócitos	12

/mm ³	3800 - 10000
0-2	0-500
46-57	1.820-6.700
1-5	36-500
0-2	0-100
20-35	800-3.500
0-1	0-100
2-10	72-1000

Série Branca:

Leucócitos morfolologicamente conservados.

PLAQUETAS

186000 /mm³ 140.000 - 450.000

Série Plaquetária:

Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: AUTOMAÇÃO XT1600

Material: SANGUE TOTAL

Dr. Talita Nunes Cardoso
 Dra. Talita Nunes Cardoso
 FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
 CRF - PB 4096

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102 5555 ☎ 83 988310102

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Sandra Borbaferia, 51

UNIDADE INTEGRAÇÃO

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vitorino Carleto, 677

UNIDADE CRUZEIRO

UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Camões Sales, 463

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Sezefero de Almeida, 17

UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII ☐ 349

☐ R. J. N. Pequeno, 65 - Praça

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO ☐ 24H

☐ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

Sr(a): **ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS**
Idade: **57 ANOS**
RA: **0110074504** Dt Coleta: **05/07/2018 - 11:21:33**
Dr(a): **RAILTON MARINHO DA COSTA/3965**
Convenio: **PACOTE -HAT**
Emissão: **05/07/2018 - 12:12:34** Local: **EMERGENCIA**



GLICEMIA

Resultado **101**

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL **70 a 99**

CREATININA

Resultado **0,70**

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : **0,60 a 1,30**
Mulheras: **0,50 a 0,90**

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro **124**

mL/min/1,73
m2

Adulto negro **149**

mL/min/1,73
m2

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:
- Ritmo de filtração glomerular (RFG) é o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levam a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:
Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

UREIA

Resultado **32**

Valor(es) de referência

mg/dL **10 a 50**

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Dra. Talita Nunes Cardoso
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF - PB 4096

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **83 2102.5577** **83 2102.5555** **83 988310102**

UNIDADE CENTRO
R. Aca Sandra Streborema, 61

UNIDADE CATOLÉ
Av. Vigário Calixto, 877

UNIDADE PRATA
R. Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA
R. Severino Sizerreda da Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII
R. Nilo Papanha, 80 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO
R. Sebastião Unger, 25

UNIDADE CRUZEIRO
Av. Almirante Barros, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO
R. Campos Sales, 483

UNIDADE QUEIMADAS
R. João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO
R. Dalmiro Gouveia, 349 - Centro

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-119



Roberto Luiz de Almeida Farias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 748.323 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/01/2018

NOME ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

PRIMAÇÃO LUIS GARCIA DE FARIAS
MARIA SANTA DE ALMEIDA FARIAS

NATURALIDADE JUAZEIRINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 01/12/1960

DOO ORIGEM CASAM N.1106 FLS.73 LIV.B 04
CARTORIO SOLEDADE PB

CPF 536.944.064-68

Roberto Luiz de Almeida Farias

0 +

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

DATA DE NASCIMENTO 01/12/1960	Nº INSCRIÇÃO 004897881295	ZONA 22	SEÇÃO 20
MUNICÍPIO / UF GURJAO/RS		DATA DE EMISSÃO 03/11/2003	
LUIZ FORTO			

POL. PARA DIREITO

Roberio Luiz de Almeida Farias
ASSINATURA DO INTERESSADO OUTRA DO ELEITOR

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÃO 2016 - 1º TURNO
ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Inscrição: 0048 9788 1295
NASC: 01/12/XXXX ZONA: 0022 SEÇÃO: 0020

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Data Nasc.: 11/06/1962 Sexo: M

700 5075 8358 2156



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. BASTOS 18

718406 SEX: M

CPF: 408.289.644-91 DATA NASCIMENTO: 11/06/1962

NOME: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO

MATERIA: ZAUARA RAMOS DE QUEIROZ

PROFISSÃO: RACIA: CATEG: 23

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962 1ª APLICAÇÃO: 01/09/1990



Jose Ramos de Araujo

ASSINATURA DO NOTATÓRIO

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA: 05/09/2017

PARAIBA

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

CPF: 408.289.644-91

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

CPF: 408.289.644-91

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

TÍTULO ELEITORAL

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

CPF: 408.289.644-91

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

IDENTIDADE Nº: 01861

DATA EXP: 23/07/2013

DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS: ☒ SIM ☐ NÃO

VALIDADE INDETERMINADA



POLEGAR DIREITO

SEVERINO DANIEL DE ARAUJO

CPF: 408.289.644-91

DATA NASC.: 11/06/1962

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RADIOLOGISTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DATA NASC.: 11/06/1962

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RADIOLOGISTA

CPF: 408.289.644-91

DATA NASC.: 11/06/1962

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RADIOLOGISTA

CPF: 408.289.644-91

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013814043749
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - Nº - SO - ANO - DATA DE EXPIRAÇÃO DO
1 011465412 1 19/06/2018 2018

NOME
ROBERTO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

ESPECIE TIPO PLACA
HONDA/BIKETA 150 19/06/2018

PLACA ANTERIOR DATA DE EXPIRAÇÃO DO
19/06/2018 19/06/2018

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
HONDA/BIKETA 150 1500

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO VOT.
HONDA/BIKETA 150 2018 2018

CAPACIDADE CATEGORIA COR PREDOMINANTE
4,8/102 VCI BIKETA VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
19/06/2018 19/06/2018 2018

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
19/06/2018 19/06/2018 19/06/2018

SEU RESERVA DE DOMÍNIO

0

LOCAL DATA
19/06/2018 19/06/2018

00000000 00000000 00000000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE ALTEREISTE SUPORTE A CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADORAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013814043749 SILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADONALIBER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 19/06/2018

OFF / CNPJ PLACA
153594306468 0108/143/2018

RENAM Nº MARCA/MODELO
0110764324 HONDA/BIKETA 150 1500

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI
2018 9 00000001000022933

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
19/06/2018 19/06/2018 19/06/2018

CUSTO DO SILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)
19/06/2018 19/06/2018 19/06/2018

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 19/06/2018

SEGURADORA LIBER - DPVAT
CNPJ 01.100.000/0001-01

153594306468-20180618

102-2017

SABEMI SEGURADORA S/A

26 SET 2018

RECEBIDO

26 SET 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome Roberto Luiz de Almeida Farias
 Nacionalidade brasileira Est. Civil casado
 Identidade 748.323-2 Via CPF 536.944.064-68
 Endereço R. Profª Genuína Pessoa Nº 511
 Bairro Centro Cidade Gurjão Est. Paraíba

PROCURADOR:

Nome : José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: Divorciado

Identidade : 718.406 SSP-PB CPF : 408.289.644-91

Endereço : Rua Vital Francisco da Silva Nº 63 1º andar Centro Queimadas - PB

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatorio - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Credito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, junto a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessareio for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da Vitima:

Gurjão, 31/07/2018

Loca e Data

Roberto Luiz de Almeida Farias

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Gonzaga Lucena

Cartório de Registro Civil e Notas

Rua Luís de Farias Dourado, Nº 22,
 Centro
 CEP 56.574-000 - Gurjão - PB
 TEL 33-3323-1075

Roberto Luiz de Almeida Farias
 Data 31 de julho de 2018
 Assinatura AHE04488 - C38D

09.303.793/0001-92

Cartório de Registro Civil

Hilma Dôupias Gonzaga Leite
 Escrivã Substituta

Rua Luís de Farias Gurjão, 33
 CEP 56.574-000 - Gurjão - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354234/18

Vítima: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

CPF: 536.944.064-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/07/2018

Titular do CPF: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS : 536.944.064-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
Nome: ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS
CPF: 536.944.064-68

ROBERIO LUIZ DE ALMEIDA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO