

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180129902

Vitima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180129902**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180129902**

Vitima: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **13/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180129902**.

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 12561621



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180129902

Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180129902** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180129902

Vitima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180129902**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180129902

Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO FERREIRA DA SILVA

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

Como o prazo de 180 (cento de 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180129902 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070 401454-80

Nome completo da vítima

Severino Ferreira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Severino Ferreira da Silva		CPF titular da conta 070 401454-80	Profissão Jornal
Endereço Rua Maria Acácia de Sá		Número 161	Complemento
Bairro Graça	Cidade João Pessoa	Estado Paraíba	CEP 53067232
Email			Telefone (DDD) 987879410

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. 1456 D/V. **CONTA** NRO. 12765 D/V. 0

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome

AGÊNCIA NRO. D/V. **CONTA** NRO.

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

SINCOR/PB
21 MAR. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura do 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.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

João Pessoa, 30 de Janeiro de 2018

Local e Data

Severino Ferreira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

21 MAR. 2018



MARINALVA LIMA DA SILVA
RUA VARRAÇÃO DE SA, 1211 CD-8 LT 321 - CRUZELOS
JOÃO PESSOA - PB CEP: 58072-322 (AG. 1)
Emissão: 30/08/2017 Referência: Ago / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B100, Km 25 - Coats Redenção - João Pessoa / PB - CEP 58072-322
Rotação: 18-3-819-9409 Nº medidor: 00008191131
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Cód. par. Dis. Automático: 000115
Nota Fiscal / Contábil Energia Elétrica N° 001.4
Cód. par. Dis. Automático: 000115

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RA
Ago / 2017	30/08/2017	29/09/2017	4453366418

UC (Unidade Consumidora): 5/1160818-9

Unidade de Consumo
Unidade Social de Energia Elétrica - TCEB filiada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dia
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/07	17240	30/08/17	17467		227	
Demonstrativo						
CCL - Cálculo da Conta de Consumo						
Tabela Tarifária ATOM-RES-100						
0601	Consumo Básico - BR	120.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0602	Consumo Excedente - BR	120.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	Consumo - 100 e 220V - BR	120.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	IC - B. Amarelo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	IC - B. Vermelho	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0610	Imposto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lançamentos de Serviços						
0807	CATRG SERV. KLIM PUBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2017	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2017	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Despesa Substituição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CCL - Cálculo da Conta de Consumo						
TOTAL						
				121,74	121,74	121,74

Média últimos meses (kWh) 229
VENCIMENTO 06/09/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 121,74

Histórico de Consumo (kWh)											
178	179	215	221	210	208	217	215	208	210	211	210
Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO USUÁRIO
ce44.ecab.3b03.7623.94c5.f53d.a87a.116e.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIA MENSAL	5 a 10	4,17	NORMAL	Serviço de Dist. da Energisa PB	24,27
DIA TRIMESTRAL	10 a 20			Conta de Energia	32,74
DIA ANUAL	20 a 30			Serviço de Transmissão	1,87
PC MENSAL	3 a 5	1,00	CONCENTRADA	Energia Elétrica	54,91
PC TRIMESTRAL	5 a 10		LIMITE INFERIOR	Impostos, Cargas e Encargos	0,00
PC ANUAL	10 a 20		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00
DIA DIÁRIO	1 a 2	0,39		Total	121,74

Valor de ELSD (Ref. 6/2017): R\$ 30,35



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00090.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00090.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:43 horas do dia 16 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Severino Ferreira da Silva**, CPF nº 070.401.454-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tosador de Animal, filho(a) de Maria Ferreira dos Santos e Geraldo Antonio da Silva, natural de Timbauba/PE, nascido(a) em 23/09/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Acácio de Sá, Nº 161, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo Rua do Jarro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99879-410.

Dados do(s) Fatos:

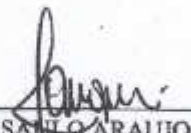
Local: Rua Maria Acácio de Sá, nº 161, Próximo Rua do Jarro, João Pessoa/PB, bairro Barra de Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/08/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

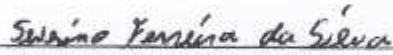
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 13/08/2017, por volta das 06:30 horas da manhã o notificante conduzia o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda CG125 FAN KS, ano e modelo :2011 de cor preta, placa: OEW 8577/PB, chassi nº 9C2JC4110BR781027, registrado em nome de José Araújo da Silva CPF nº 805.107.284-72, QUE ao chegar na rua: Maria Acácio de Sá, no valentina Figueiredo, próximo a rua do Jarro, um animal(cachorro) _passou na frente do veículo que o mitificante conduzia, e para não bater no animal o mesmo tentou desviar e acabou caindo, que devido ao impacto veio a cair e se lesionar, sendo socorrido por terceiro para o orto trauma e em seguida para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 13/11/2017, assinado pelo médico Dr. Juan Jaime Alcoba Arce CRM 3323/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Notificante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

Nome Completo da Vítima

Sereno Ferreira da Silva

CPF da Vítima

070 401 454-80

Data do Acidente

14-05-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
21 MAR. 2018

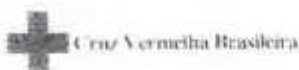
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Sereno Ferreira da Silva 30 de junho de 2018
Local e Data

Sereno Ferreira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1020218



Identificação do paciente

ID 405610	Nome SEVERINO FERREIRA DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 23/09/1984	Idade 32 anos 10 meses 21 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA FERREIRA DOS SANTOS	Religião CATOLICA	Prontuário 102024
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988297411	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 6885468	Nº Cns 708606527003883
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CSO/R

Endereço

CEP 68064727	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA COMERCIANTE FÉLIX CAHINO (LOTEAMENTO PARATIBE)
Número SN	Complemento	Saimo VALENTINA DE FIGUEIREDO	

Admissão

Data e Hora 13/08/2017 12:32:45	Número da pulseira 1000004324132	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO	CID S10.01
--	---------------

Imprimir

CONFERIDO COM O ORIGINAL

51seg

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SEVERINO FERREIRA DA SILVA		BAE 1020218	Data/Hora Entrada 13/08/2017 12:32:45	Data Baixa
Data de nascimento 23/09/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 708606527003883	Telefone de Contato (83) 988297411
Mãe MARIA FERREIRA DOS SANTOS				Prontuário 102024
Endereço RUA COMERCIANTE FÉLIX CAHINO (LOTEAMENTO PARATIBE), SN		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 13/08/2017 12:32:45			Data/Hora Prescrição 13/08/2017 12:59:51	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SENDO ENCAMINHADO PELO TRAUMINHA COM FRATURA DA CLAVÍCULA DISTAL ESQUERDA. JÁ IMOBILIZADO. SOL NOVA RADIOGRAFIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

EDSON DELGADO TINOCO
(7142/PB)

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

SINCOR/PB

29 MAIO 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 14/08/2017 07:33:22

Paciente SEVERINO FERREIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1020218	Data/Hora Entrada 13/08/2017 12:32:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/09/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 708606527003883
Tempo de Internação 15h 30min	Convênio SUS	Prontuário 102024	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 14/08/2017 07:25:44)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, EXAMES PRÉ OP. OK. AGUARDA CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 21
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

SINCOR/PB
29 MAIO 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



HOFMANN

Médico:

Reposição:

Caixa Pronta: _____

[illegible]

Mathematics

[Signature]

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

VISIONS AVEL
8231
F(NG).APC.013-3

Nome: Soverino F. F. Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tto. de Fratura de Clavícula E
 Cirurgião: Dr. Tomislav 1º Assistente: Dr. Roberto Almeida
 2º Assistente: Dr. Victor MK1 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Clavícula</u>	
<u>esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento de</u>	
<u>Fratura de</u>	
<u>Clavícula E</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Linhares
Residente Ortopedia
PB 10894

João Pessoa, 16/08/17

CONFERIDO COM O ORIGINAL

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

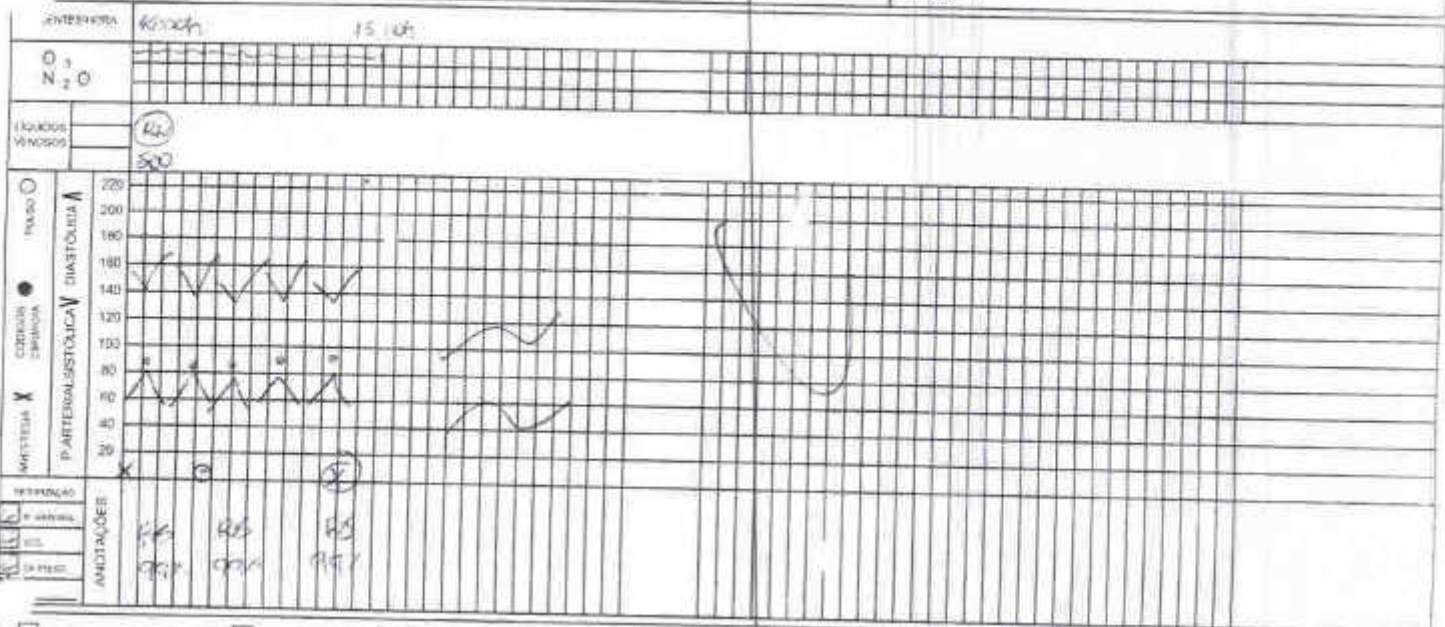
[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16 DE 12

PRONTUÁRIO: 1020218

PACIENTE: Severino, Fernando da Silva		SEXO: M	COR:	IDADE: 32
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 62	RESPIRAÇÃO 20 por min	TEMPERATURA	PESO 65 kg
ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VFK				
AP. RESPIRATÓRIO LARINGEAL, SINA		AP. CIRCULATÓRIO ECGT, BNF, SS		
AP. DIGESTIVO Tolerante		ESTADO MENTAL L.O. T.E.		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA Sero				ESTADO FÍSICO (ASA) I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fx de clavícula (E)				
CIRURGIA REALIZADA Tto cirúrgico de fx de clavícula (E)				
CIRURGIÃO Dr. TENISTOLES		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 14:30		TÉRMINO DA ANESTESIA 15:30		DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA Dr. WOLFF, DR. OLIVEIRA		CPF		CRM-PB



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO FLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: Sedação	
LOCAL: Sala, aparelho contendo chuveiro e compressa de oxigênio - aparelho de monitorização vital	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1. Lidocaína - 20mg + 20mg	11
2. Fentanyl - 100mcg	12
3. maldespi 500 (250 - 200ml) Fluorido	13
4. Lidocaína 2% - 100ml	14
5. Clorazepato - 30g	15
6. Dexametasona - 1mg	16
7. Dipriona - 2g	17
8. Clorazepato - 100mg	18
9.	19
10.	20

SINCOR/PB

29 MAIO 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Assinatura do Anestesiologista: *[Assinatura]*

CRM 1822

F (NG) ASCR 026-1



Anes

1070217 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: SEVERINO FERREIRA DA SILVA		DATA: 10/06/18	PRONTUÁRIO: 1020218
Idade: 32a	Sexo: M	Profissão:	
Patologia principal: FRAQ. DE CERVICA (E)			
Cirurgia: Fto. Cervicome	Anestesia proposta: SUEB. VEG. GAZ / SUTAP		

SIM NÃO			SIM NÃO			SIM NÃO		
Dor no peito, angina?	☐	☒	Diabetes?	☐	☒	Alergia a drogas?	☐	☒
infarto? ☐ <3M ☐ 3-6M ☐ >6M	☐	☒	Doença da tireóide?	☐	☒	Quadro clínico?	☐	☐
Pressão alta?	☐	☒	Mudança no hábito miccional?	☐	☒	Tratamento?	☐	☐
Sopro, febre reumática?	☐	☒	Modificação no apetite?	☐	☒	Alergia a pó, fã, odores, alimentos?	☐	☒
Arritmia, taquicardia: ☐ espontânea	☐	☒	Queimação, azia, H. de hiato, dor?	☐	☒	Quadro clínico?	☐	☐
aos esforços: ☐ peq. ☐ médios	☐	☒	Náuseas, vômitos? (cor:)	☐	☒	Tratamento?	☐	☐
Edema de MMII: ☐ Tarde ☐ Verão	☐	☒	Mudança no hábito intestinal?	☐	☒	Alergia a derivado de borracha?	☐	☒
Dispnéia de decúbito ☐	☐	☒	Alteração na cor das fezes?	☐	☒	Quadro clínico?	☐	☐
aos esforços: ☐ peq. ☐ médios	☐	☒	Perda de peso s/dieta?	☐	☒	Tratamento?	☐	☐
Asma/bronquite:	☐	☒	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	☐	☒	PARA CRIANÇAS (0-14 anos)		
tosse/catarro? (cor:)	☐	☒	Anemia?	☐	☒	A criança é prematura?	☐	☐
Fumante: há anos. Parou há	☐	☒	Sangramento? (onde:)	☐	☒	A criança tem 1 de desenvolvimento?	☐	☐
Desmaios, tonturas?	☐	☒	Hematomas/manchas roxas?	☐	☒	A criança está gripada, c/tosse, febre?	☐	☐
Convulsões, abalos, tremores?	☐	☒	Gripe, febre, recente?	☐	☒	A criança tem outra doença?	☐	☐
Fraqueza muscular, miopatia?	☐	☒	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	☐	☒	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	☐	☒	Tem problema de surdez, visão?	☐	☒	☐ diabetes ☐ doença cvasc. ☐ miopatia		
Problema de coluna?	☐	☒	Teve febre alta quando foi operado?	☐	☒	☐ Febre alta durante a anestesia?		
Etílica social	☒	☐	Recebeu Transf.sangue? Há	☐	☒	☐ Problema durante a anestesia?		
Alcoólatra: há anos. Parou há	☐	☒	Accia transf.sangue numa emergência?	☒	☐	Qual?		

Dadas importantes da Anagnese elou EF

Cirurgias / Anestesia Prévia / Complicações

Medicamentos (Dietas)

Pct consulte, overtake.	Cirugía / Antecedentes Previos / Complicaciones	Medicamentos (Dietas)
	Cirugía Bili híg + 4 hrs s/ uso fl. anestésicos	MCA

EXAME FÍSICO

Peso: 65 kg Altura: 1,70 m PA: 120/80 P: 72 bat/min Hidratado/desidratado

Córado/rose. exemplo de um taquip. cianótico/anótico, icterico/anictérico

Ausculta 120/80 57/10

Dentadura/prótese (infância/adulterina)

Dentes OK

Abertura da boca Normal

Pecora normal/certo

Flexão/estensão do pescoço

Normal/limitada

1. Manguito 1 2 3 4 distância externo/mento: 12,5 cm > 12,5

		Anotar de preferências exames com < 01 ano	
		Exames Substituídos DATA: 15/12/17	
Rb= 15,0	Hi= 46,1	Glic.=	Cr.=
Na=	K=	TC=	Ue=
Pla= 340000		TS=	
Coagul () Normal () Alterada	TT=	TP= 13,8	TTPA=
RX tórax (/ /) =			
ECG (/ /) =			
Avaliação clínica			

1st Order, 2nd Order, 3rd Order

RETORNOS: ☐ NÃO ☐ SIM Motivos: ☐ Exames complementares ☐ Escaminhado p/Clinica. Qual
(Vide verso)

MÉDICO:

SINCR/PE

29 MAIO 2018

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	☐ Liberado para cirurgia	
	☐ Reavaliar na internação motivo(s):	
	☐ Reavaliar na S&S motivo(s):	
DATA: ____/____/____	☐ NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):	
PROBLEMAS GRAVES		CONFERIDO COM O ORIGINAL MPA drogas/dose

MÉDICO

CRM-

Nome: <u>SEVERINO FERREIRA DA SILVA</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta: <u>18/08/17</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fx clavícula</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>				
Diagnóstico Secundário: <u>— x —</u>				
Principais exames: <u>Rx ombro</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>De tenístocles</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Trt cirúrgico de Fratura de Clavícula</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta: <u>Livre</u>				
Repouso:				
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em <u>30</u> para retirada de ponto.				
Ao ambulatório <u>30</u> em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>18</u> de <u>08</u> de <u>17</u>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Dr. José Rodrigues Zorrilla
CRM - 9390

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Severino Ferreira da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 18/08/17

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Tenis Toles

DIAGNÓSTICO: Feat. clavícula

PROCEDIMENTO: _____

Pro. cirúrgico

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

FONG/AP/0035-1

SINCOR/PD

29 MAIO 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Tibirica Medeiros

Ortopedia

17 NOV. 2017

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

29 MAIO 2013

CONFERIDO COM O ORIGINAL

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

CONFERIDO COM O ORIG.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CHS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CHS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO

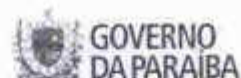
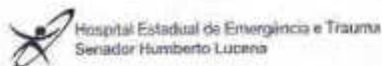
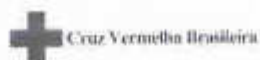
29 MAIO 2018

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N - JARDIM 13 DE MAIO
CNES: 1145623 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
SEVERINO FERREIRA DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
6885458

FOI ATENDIDO (A) POR **TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA**

DO (A) **HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAIBA**

NO DIA **17/11/2017 09:00:22** , NECESSITANDO DE **30** - TRINTA
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S) :

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA
(7296/PB)

17 NOV. 2017
Tibirica Medeiros
Ortopedia
CRM-PE 18474

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

SINCO

29 MAIO 2013

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



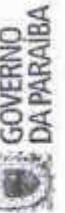
GOVERNO
DA PARAIBA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro	
Paciente	BE
SEVERINO FERREIRA DA SILVA	1042136
Nº Cartão do SUS	
708606527003883	
Endereço do paciente	
Rua RUA COMERCIANTE FELIX CAHINO (LOTEAMENTO PARATIBE), SN, JOAO PESSOA-PB-58064727	

uso tópico _____ 01 frasco
reflota _____
usar 2 x ao dia

CONFERIDO COM O ORIGINAL

29 MAIO 2013

SINCORIP

17/11/2017
Data

Dr. TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA
7296/PB

Tibirica Medeiros
Ortopedia
CRM-PE 18474

17 NOV. 2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:	
Identidade:	
Org. Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	
UF:	
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro	
Paciente	BE
SEVERINO FERREIRA DA SILVA	1042136
Nº Cartão do SUS	
708606527003883	
Endereço do paciente	
Rua RUA COMERCIANTE FELIX CAHINO (LOTEAMENTO PARATIBE), SN, JOAO PESSOA-PB-58064727	

uso tópico _____ 01 frasco
reflota _____
usar 2 x ao dia

17/11/2017
Data

Dr. TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA
7296/PB

Tibirica Medeiros
Ortopedia
CRM-PE 18474

17 NOV. 2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:	
Identidade:	
Org. Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	
UF:	
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leonino Ferreira da Silva,

RG nº 6885458, data de expedição 15/08/001 órgão SSP/PE

CPF nº 070401454-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Acácia de Sá</u>
Número	<u>Nº 161</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Grammaone</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58037232</u>
Telefone de Contato	<u>98787 9410</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/01/18

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Assinatura do Declarante: Leonino Ferreira da Silva

SINCOR/PB

21 MAR. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é recebido via de conta

Recebo para ser emitido juntamente com nota fiscal (para os serviços de energia elétrica) N° 002 904 488



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 08-295 183 / 0001-40 - Insc. Est. 18-015 823-2

DADOS DO CLIENTE

MARINALVA LIMA DA SILVA
RUA MARIAACACIO DE SA 181 QD 49 LT 231
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1160818-9

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

28/02/2018

CONSUMO

183

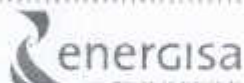
VENCIMENTO

07/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 145,79

Acesso: www.energisa.com.br



MARINALVA LIMA DA SILVA

Roteiro: 18-005-619-8430

83620000001-3 45790149000-6 11608182018-9 02500005019-2

VENCIMENTO

07/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 145,79

MATRÍCULA

1160818-2018-02-5



SINCOR/PE

21 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexsandro Ferreira da Silva,

RG nº 6885458, data de expedição 15/08/001 órgão SSP IPE

CPF nº 070401454-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Acácia de Sá</u>
Número	<u>Nº 161</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Grammaone</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58037232</u>
Telefone de Contato	<u>98787 9410</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/01/18

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Assinatura do Declarante: Alexsandro Ferreira da Silva

SINCOR/PB

21 MAR. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é recebido via de conta

Recebo para ser emitido juntamente com nota fiscal (para os serviços de energia elétrica) N° 002 904 488



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 08-295 183 / 0001-40 - Insc. Est. 18-015 823-2

DADOS DO CLIENTE

MARINALVA LIMA DA SILVA
RUA MARIAACACIO DE SA 181 QD 49 LT 231
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1160818-9

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

28/02/2018

CONSUMO

183

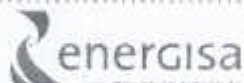
VENCIMENTO

07/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 145,79

Acesse: www.energisa.com.br



MARINALVA LIMA DA SILVA

Roteiro: 18-005-619-8430

83620000001-3 45790149000-6 11608182018-9 02500005019-2

VENCIMENTO

07/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 145,79

MATRÍCULA

1160818-2018-02-5



SINCOR/PE

21 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Araujo da Silva
RG nº _____, data de expedição ____/____/____
Órgão _____, portador do CPF nº 80510728472, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____ nº _____
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Sereima Ferreira da Silva, cujo o condutor era _____

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 125
Ano: 2011
Placa: DEW 8577
Chassi: 9C2J C4 110B R781 027
Data do Acidente: 13.8.2017
Local e Data: João Pessoa, 30/01/2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jose Araujo da Silva
Assinatura do Declarante)

SINCOR/PB
21.MAR. 2018

Sereima Ferreira da Silva

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Rui, Márcio Vieira Batista - Titular / Rui, Roderigues Vieira Batista - Substituto
Rua Tereza de Fátima, 47 - Mangabeira - CEP 58090-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (33) 34400111 / 34400112

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as Firmas(s) de: JOSE ARAUJO DA SILVA
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 22/02/2018 10:06:35
Sergio Ricardo N. Mendonça - ESCRIVÃO AUTORIZADO
[2018-003633] EMUL: R\$ 89,48 FAP: R\$ 0,28 FEP: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGI68466-NC01
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiwb.ius.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LIGERNA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Ferreira da Silva
DATA DE NASCIMENTO 23/09/84
NOME DA MÃE Maria Ferreira dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102024
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1020218
DATA DO ATENDIMENTO 13/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda
CID 10 S42.0

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
21 MAR. 2018

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, encaminhado do Trauma com fratura de clavícula esquerda, já imobilizado. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 18/08/17
DATA DA EMISSÃO: 13/11/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



SINCOR/PB
21 MAR. 2018



CONFERIDO COM O ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013221433408
 VIA 1 0033901334-6 00/00000000 2017

NOME
 JOSE ARAUJO DA SILVA

CPF / CNPJ
 80510728472

PLACA
 OEW8577/PB

CHASSI
 9C2JC4110BR781027

ESPECIE TIPO
 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
 GASOLINA

MARCA / MODELO
 HONDA/CG 125 PAN KS

ANO FAB. ANO MOD.
 2011 2011

CAR / POT / CIL. CATEGORIA
 2 P/124 /CI PARTIC

COR PREDOMINANTE
 PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
 00/00/0000

FAIXA LÉVIA PARCELAMENTO / COTAS
 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO PAGO 31/07/2017

OBSERVAÇÕES
 SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB

DATA
 09/08/2017

14346

74462

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

1289176103

PB Nº 013221433408 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO/PB

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 80510728472

PLACA
 OEW8577/PB

RENAVAM
 00339013346

MARCA / MODELO
 HONDA/CG 125 PAN KS

ANO FAB. LOCALIDADE
 2011 9

CHASSI
 9C2JC4110BR781027

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO PAGO

DATA DE PAGAMENTO
 31/07/2017

PAGAMENTO PARCELADO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JOSE ARAUJO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
 35309897E SSP SP

CPF
 805.107.294-72

DATA NASCIMENTO
 15/03/1972

FILIAÇÃO
 GENIVAL CLEMENTINO DE ARAUJO
 MARIA SILVINA DE ARAUJO

PERMISSÃO
 ACC CALHA AD

VALIDEZ
 09/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
 05/05/1997

Nº REGISTRO
 01753023264

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Assessor

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 09/05/2016

52817139262
 PB032545630

DETRAN - PB (PARAIBA)

SINCOR/PB
 21 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL