
Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Nº Sinistro: 3180309603

Vitima: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309603**.

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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Nº Sinistro: 3180309603

Vitima: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180309603**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/01/2018**. 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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

011.011.717-40

Izaque Rodrigues Jordão

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Izaque Rodrigues Jordão	011.011.717-40	Jogador
Endereço	Número	Complemento
Rua Dr. Rosendo Elias	29	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	58.370-000
Email	Telefone (DDD)	
	1831 94904-9000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider, que o endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

 COMPREV. PREVIDÊNCIA S/A
 05 JUL 2018

 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0133		000.206-76	5

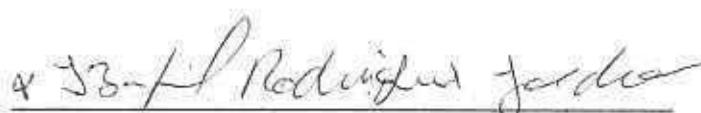
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Itabiana, 28 de junho de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 067/2018

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2017, encontramos a ocorrência de nº 067/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Aos vinte dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Dr. Ricardo Rolim Ramalho, Delegado de Polícia Civil, aí, por volta das 08h30min, compareceu **IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO**, brasileiro, união estável, ensino fundamental, natural de Salgado de São Félix/PB, com 49 anos de idade, nascido aos 12.02.1969, filho de Manoel Rodrigues Jordão e Maria Alves Jordão, fotógrafo, RG: 1369225 SSP/PB, CPF: 011.011.717-40, residente na Rua Rosendo Elias, nº 29, de Salgado de São Félix/PB, a qual passou a **NOTICIAR**:

Que no dia vinte de janeiro do corrente ano (20.01.2018), por volta das 22h00min, sofreu um acidente automobilístico quando pilotava sua moto de marca HONDA NXR 150 BROS ES, ano fab/mod 2011/2011, cor PRETA, de placa PFI 3648/PE, CHASSI 9C2KD0550BR038503, RENAVAM 34402100, licenciada em nome de José Manoel de Freitas, e quando trafegava nas imediações do Sítio Rodeador, zona rural de Salgado de São Félix/PB, para livrar um buraco existente na pista, perdeu o controle de sua moto chegando a cair; Que foi socorrido ainda na noite do dia 20.01.2018 para o Hospital Regional da cidade de Itabaiana/PB, sendo transferido na madrugada do dia 21.01.2018 para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (Trauminha) na cidade de João Pessoa/PB; Que sofreu **FRATURA DE ULNA ESQUERDA**, passando por procedimento cirúrgico, ficando internado por dez dias.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente a declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos vinte dias do mês de junho de 2018, eu, Policial que digitei, assino.

IZAQUIEL RODRIGUES JORDÃO

Noticiante

Hosana Correia de Moraes
HOSANA CORREIA DE MORAIS
Escrivã de Polícia Civil
Mat. 69.838-5





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SALGADO DE SÃO FÉLIX
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 11.462.050/0001-07

Gabinete do Secretário. Salgado de S. Félix, 19 de Fevereiro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Izaquiel R. Jordão, 48 anos** Morador da Rua Rosendo Elias, neste Município, foi socorrido na Ambulância do Município, vítima de um acidente de moto para o Hospital Regional de Itabaiana, onde deu entrada, no dia 20 de Janeiro de 2018.

Flávio Roberto Tavares Pessoa
SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE
CPF: 029.666.666-66
SALGADO DE SÃO FÉLIX PB

Flávio Roberto Tavares Pessoa
Secretário Adjunto Municipal de Saúde

SMS – Rua Jose Silveira, Centro - Salgado de São Félix – PB CEP:
58.370.000 – Fone: 3280-1061 - E-mail: saudesalgado@hotmail.com

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Manoel de Freitas,
RG nº 2397 154, data de expedição 23/01/97,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 012.0896.234-81, com
domicílio na cidade de Gregório de颖 Félix, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Naum Barreto, nº 511,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jaqueil Rodrigues Jordão, cujo o condutor era
Jaqueil Rodrigues Jordão.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR 150

Ano: 2011

Placa: PF1 3648

Chassi: 9GRD0550BR038503

Data do Acidente: 20/01/2018

Local e Data: Itabaiana - 28 de junho de 2018

José Manoel de Freitas
Assinatura do Declarante

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

REGINA COELI
Serviço Notarial e Registrável

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE ITABAIANA
Av. José Silveira, 70 - Centro - Fone: (83) 3281-1270
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular

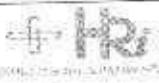
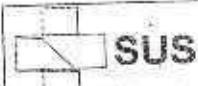
Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JOSE MANOEL DE FREITAS.....

Em test da verdade, Itabaiana-PB 04/07/2018 09:32:07
Enedina Helena Rodrigues Quirino - Escrivente Substituto
(2018-000522)EMOL-R\$ #9,48 FARPEN:R\$ 0,26 FEPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AH440355-F1TP

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.mt.br>

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
ITABAIANA - PB
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular
Enedina Helena Rodrigues Quirino - Substituta

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



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MED

CÓDIGO DA UNIDADE: 6644996 CGC/CPF: 08.778.268/0049-05
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
END.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01
MUNICÍPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

Dt. Nasc: 12/02/1969 Idade: 48 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M

Mãe: MARIA ALVES JORDAO

Documento:

Nº: 0

Profissão: ALTONOMO

Endereço: RUA ROZENDO ELIAS

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: SALGADO DE SAO FELIX - PB - 58370000 - 251310

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 703400634280800

CADASTRO:

2097319360

Data e Hora: 20/01/2018 21:09:18

SSVV

TEMP.:

PESO:

PA:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA
 2. APLICADA

- OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

1. 03011

2. 012014

3.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL

Dr. Augusto Celina
MÉDICO
CNS/CP

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANT

Ass. do Revisor Técnico
CARIMBO

RECEPCIONISTA: GLAUCILEIDE NUNES

RESULTADOS



FICHA DE ENCaminhamento DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:
Paciente:	H. M. P. 1102	
Origem:		
Solicitante:		Clínica:

Motivos do Encaminhamento

Passou de exame de sangue com resultado de 1000 mg/dl de glicose, com a indicação de fazer a consulta com o endocrinologista para a realização de exames de sangue.

Enviado para o Dr. J. C. da Silva
MEDICO
1102-PB

05/07/2018

Medicação administrada



Encaminhamento para:	
Serviço Social	



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Idade: 48A

Data do exame: 20-01-2018

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Fratura do segmento proximal da ulna.

Luxação do rádio proximal.



Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - 5730

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Izquierdo Rodriguez portador(a) da identidade RG 1.369.225 SSP, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (Sempre) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 21/01/18

CNPJ-PB 8877
CNPJ-PB 8877
CNPJ-PB 8877
CNPJ-PB 8877

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE 2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fidalgo José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





06

CERTIDÃO

Nº. 0685/2018

Atendendo solicitação de **IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº96087 e Prontuário de Nº 2018.01.002798 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 21/01/2018 às 02h24min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ulna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/01/2017 com alta médica dia 31/01/2017.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de maio de 2018

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM/PB - 3533

Rossana
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



REDE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 96087

Atd: Jao Regulad

Data: 21/01/2018

Hora: 02:24:28

Recepçionista: CLAUDENICE GALVAO DA SI

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 703400634280800 Sexo: M IDENTIDADE: 1369225 Fone: 987979489

Num. Prontuario: 2018.01.002798

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/02/1969 Id: 48 ano(s)

End.: RUA ROSENDO ELIAS,29

Bairro: CENTRO Cidade: SALGADO DE SAO FELIX, UF :PB

Mae: MARIA ALVES JORDAO

Pai: MANOEL RODRIGUES JORDAO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Sexo: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Sp.: IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO

Tel/Doc. Responsavel: 987979489 / IDENTIDADE: 1369225

Função: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Sp:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Acimia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

O. Fixa Principal

LEIA EM MSE

[] Vomito

Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

TM e onth

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
05 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

gnostico

fx um C

Conduta

Prescriçao

Inter

Dr. Indalecio Pires Ferreira
Horario: 10:00
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TEOT 14247

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []JTB []JHEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Tx urso t*Conduta: *Internar p/ Cirurgia*

Dr. Inácio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 - TECOT 14247



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Edilson Rodrigues</i>			Registro:	
Idade:	40	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data:	30/03/18	Cirurgião:	<i>D. Paelli</i>		
2º Assistente:	<i>Fábio</i>	3º Assistente:			
Anestesista:	<i>D. Vaughan</i>	Tipo Anestesia:	<i>Bloqueo</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura de ulna proximal

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Curado

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Frat. Bruxo de ulna proximal

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pavimento em DHH sob anestesia
- ② Anestesia taurina
- ③ Operação de canoas vertebrae

Incisão:

- ④ Incisão em seção posterior de cotejado C

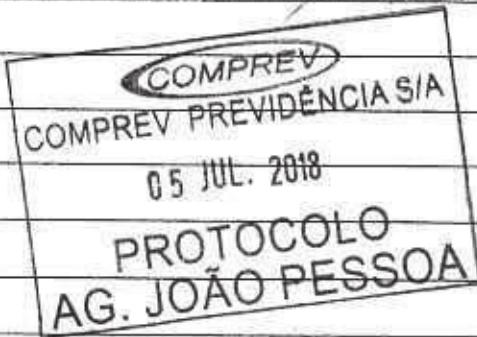
Achados:

- ⑤ Fratura de ulna proximal

Conduta:

- ⑥ Fissura aberta + fratura simples de fratura de ulna
liquido com 1 placa de mantuano 12 furos com 8
parafusos extraídos, sob enxoval

- ⑦ Lavagem com solução fisiológica 0,9%



Fechamento:

- ⑧ Sutura do final do operatório por planos
- ⑨ Envoltório estéril com gaze estéril
- ⑩ Fita de silio retinacul

OBS:

- ⑪ Enxoval de control

Data: 30/04/2018

Dr. Tiago Bento, Pacheco
MÉDICO
CRM 10933-PB

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNO DO CEARÁ - PREFEITURA MUNICIPAL

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Izaquele Lodixen Zender					PONTUÁRIO N°: 131		
SEXO:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:	ORFO:	ENF:	09	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 21/01/19		DATA DE ALTA: 31/01/19		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL: fract. do útero proximal					CID:		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O útero							
OUTROS DIAGNÓSTICOS:							
PRINCIPAIS EXAMES: E.F. + Radiografia							
PROCEDIMENTO REALIZADO: RAFI.							
TIPOPÓTICA MEDICAMENTOSA:							
ANATOMIA PATOLÓGICA:							
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAIS		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO RACIOCIOLOGIA:							
CONDICION DE ALTA: MELHORADO		REMOVIDO		A PEDIDO		CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES: Fevereira com dor lumbosacral, dor de esterno, dor intensa na região abd. Osteofitose e tumor da mama com metástase e óssea, aumentando abdominalmente.							
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A: COMPREV 05 JUL. 2018							
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA: PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA							
IETA: <input type="checkbox"/> NÃO							
EPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.							
IDADOS 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 este Complexo Hospitalar.							
EDICAÇÕES PARA CASA: Reforçar uso de RENF + ANTICOAG.							
ETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. <u>Indalecio Pachelli</u> em 30 dias para revisão. 15 dias							

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Leonardo Almeida
CRM 17777
ASS. MÉDICO / CRM

1949-17



LAUDO MÉDICO

Atesto, conforme avaliação do prontuário médico de IZAQUIEL RODRIGUES JORDAO, D.N: 12/2/1969, CPF: 011.011.717-40, prontuário nº 18.1848-7, que submetendo-se a uma avaliação pela equipe interdisciplinar desta Coordenação - CORDI - COORDENADORIA DE TRIAGEM E DIAGNÓSTICO - FUNAD, pelo exposto acima, o avaliado é pessoa com deficiência e se enquadra na previsão legal contida no artigo 4º do decreto Federal nº 3.298/99 e 5.296/04 e por este motivo faz jus a integrar o percentual de cotas previsto no Art. 93 da Lei Federal 8.213/91

1. Espécie de deficiência.....: Deficiência Física
2. Descrição da deficiência.....: Monoparesia em MSE. Sequela de fratura em úmero proximal e ossos do antebraço E.
3. CID-10 da deficiência constatada.: G 83.2; T 92
4. Nível da deficiência constatada: Apresenta limitações na mobilidade ativa e força grau 2 para todos os movimentos de cotovelo e punho e antebraço. Possui limitação para atividades laborais que realize transferência de peso com MSE e movimentos amplos de ombro acima do nível da cabeça.

João Pessoa, 30 de abril de 2018

Júlio César Braga S. de Lima

Clinico

CRM/PB 5257

JULIO CESAR BRAGA S. DE LIMA

CRM: 5257





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013223349781
VIA CÓD. PENAVAM RN.T.R.C. EXERCÍCIO
1 344402100 ***** 2017

NOME
JOSE MANOEL DE FREITAS

MACAPARANA-PB

CPF / CNPJ 012.896.234-81 PLACA PFI3648
PLACA ANT / UF ***** /PE CHASSI 9C2KD0550BR038503

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA/HRR150 Bros ES ANO FAB 2011 ANO MFG 2011
CAP / POT / CIL. 2P/149CL CATEGORIA PARTIC GOR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA		VENO / COTA ÚNICA		VENO / COTAS	
I	IPVA 2017 QUITADO	P		1 ^o	*****
V	FAIXA IPVA:	A	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o	*****
1			*****	3 ^o	*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

NOTA DE PORTO OBRIGATÓRIO

NOTA DE TRANSPORTE

NOTA DE FRETAMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309603 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAQUEL RODRIGUES JORDAO **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ULNA ESQUERDA (COTOVELO ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTMIA INDENIZADA POR SEQUELA DE LESÃO EM MEBRO SUPERIOR ESQUERDO POR SEQUELA DE ACIDENTE EM 23/11/2014.

NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

JOSE MANOEL DE FREITAS
RUA BORGES, 511 - CENTRO
CIDADE DE SÃO FELIX/PB CEP: 58370002/AG: 1/3

endereço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MUNICIPAL 02049
nro. 2 - 115 - 565 - 6740
medidor: 00000775642

ENERGISA PARAÍBA, Ltda - Representante da Energisa S.A.
Cadastral: José Manoel de Freitas
CNPJ: 20.610.936/0001-40 - Ins. Est. 12.015.622-0

Nº Fiscal/Código da Energia Elétrica: 000 101 129
Código para Cobrança Automática: 0002961952

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

5/255180-2

Canal de contato

Apresentação

06/12/2016

Data prevista da
próxima leitura

05/01/2017

CPF/ CNPJ/ RAMI

1289 - 481
Isso. Ex:

Faturas em atraso

11/12/2016 10,96

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
07/11/16	9980	08/12/16	10044	3
				94
				29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	94	0,44029	40,99
Adm. B. A. - Areia			0,99
ICMS			0,99
PIS			13,80
COFINS			0,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			2,54
CONTRIBUÍVEL PÚBLICA			4,84
JUROS DE MORA 11/2016			0,12
MULTA 11/2016			0,94

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/16	77
Out/16	66
Set/16	52
Out/16	64
Nov/16	73
Dez/16	81
Mar/16	81
Apr/16	81
Mar/16	78
Fev/16	49
Jan/16	72
Dez/16	87

	BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	54,75	25,00	13,88
PIS	54,75	1,6102	0,88
COFINS	54,75	4,8429	2,54

VENCIMENTO

13/12/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,63

6c35.a01a.4722.48b1.75c2.ffcb.e6f1.cc82.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	6,67	0,00
DIG. TRIMESTRAL	13,74	
DIG. ANUAL	27,48	
FIC. MENSAL	5,65	0,00
FIC. TRIMESTRAL	7,10	
FIC. ANUAL	14,20	
DMC	3,87	0,00
DIG. 40	12,22	

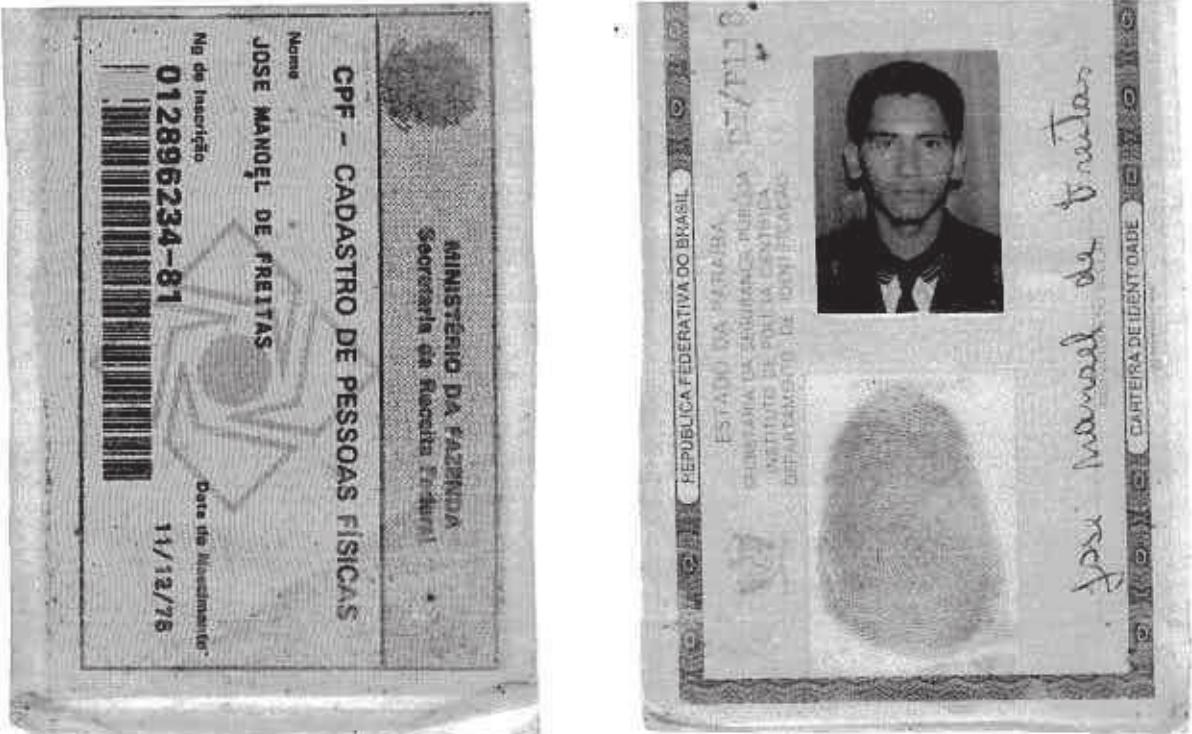
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	14,43	23,81
Compra de Energia	16,88	27,84
Serviço de Transmissão	0,98	1,63
Encargos Sistêmicos	5,87	9,35
Impostos, Direitos e Encargos	22,68	37,37
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	60,63	100,00

Valor da Fatura (Ref 10/26) R\$ 60,63

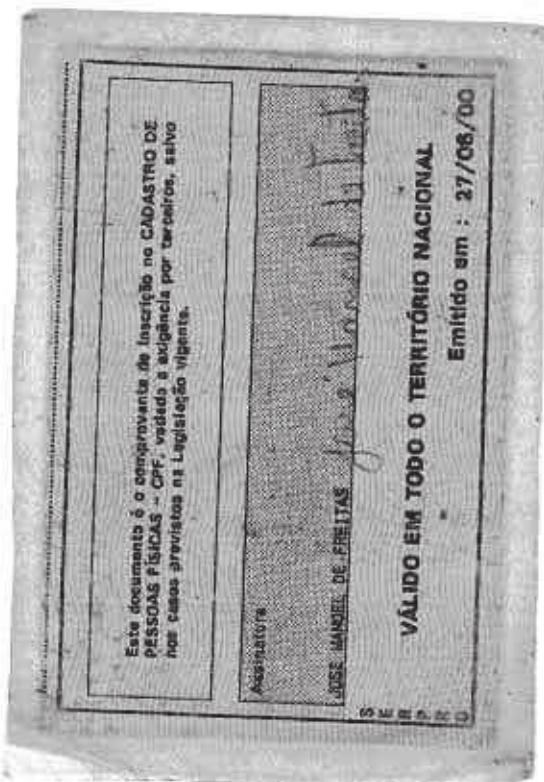
ATENÇÃO

AMSO: Permanecerá em atraso os "DEBTOS ANTERIRES", já trazidos, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o desuso do prazo de "trinta" dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

COMPREV
PREVIDÊNCIAS S/A
05 JUL. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
AG.



PROPRIETARIO DO VEICULO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309603 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAQUEL RODRIGUES JORDAO **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ULNA ESQUERDA (COTOVELO ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTMIA INDENIZADA POR SEQUELA DE LESÃO EM MEBRO SUPERIOR ESQUERDO POR SEQUELA DE ACIDENTE EM 23/11/2014.

NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309603 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZAQUEL RODRIGUES JORDAO **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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