

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180506777

Vitima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180506777**.

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 13529505



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Nº Sinistro: 3180506777
Vitima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Data do Acidente: 13/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180506777**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

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

Carta nº 13532015



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180506777

Vítima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISMAR TEMOTEO FERREIRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Ismael Tomateo Fleury</i>	CPF titular da conta <i>035.149.524-00</i>	Profissão <i>Recusa</i>
Endereço <i>Rua Projibada</i>	Número <i>514</i>	Complemento <i>Can</i>
Bairro <i>Três Postes</i>	Cidade <i>Trizena</i>	Estado <i>PB</i>
Cep <i>58735-000</i>	Telefone (DDD) <i>831 99988 2737</i>	

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
 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO <i>1156</i>	D/V <i>8</i>	CONTA NRO <i>26309</i>	D/V <i>5</i>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome <i></i>	NRO <i></i>
AGÊNCIA NRO <i></i>	D/V <i></i>
CONTA NRO <i></i>	D/V <i></i>
(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.

Trizena - PB *08* de *Setembro* de *2016*
Local e Data

Ismael Tomateo Fleury

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

1º Título:

ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Agência:

1156-8

Conta:

26.309-5

Verificação:

51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
30/09/2018		Saldo Anterior			630,00
08/10/2018	08	502-Deposito Em Dinheiro	1156-8	16.710	630,00
SALDO					630,00
VALOR BLOQUEADO					0,00
DISPONÍVEL					630,00
RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC					
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.					

Saldos por dia base

Dia base	Saldo
08	630,00

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

Impresso em 09/10/2018 às 12:15:53

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
 Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
 Ouvidoria BB - 0800 729 5678
 Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088

26 OUT. 2018

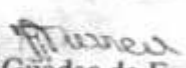


CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2018 constatei a Ocorrência Policial nº 90/2018 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito nesta cidade de Desterro -PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOÁIS MARQUES DE BARROS, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 16h20min compareceu: **ISMAR TEMOTEO FERREIRA**, brasileiro, casado, natural de Desterro/PB, agricultor, nascido aos 24/07/1979, filho de Romão Ferreira de Araújo e de Enedina Temoteo, residente na rua Projetada s/nº - bairro Vila Feliz - Teixeira/PB. **Para informar a seguinte ocorrência: QUE** na data de 13/03/2018 por volta das 08:00 horas, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Titan KS, ano de fabricação e modelo 2003, cor vermelha, placa MMV7934/PB, chassi 9C2JC30103R221904, licenciada em nome de Dimas Ferreira Araújo, trafegando pela rodovia PB 238, sentido Desterro/Teixeira/PB, quando nas proximidades do Sítio Aparecida, foi trancado por um veículo e perdeu o controle da motocicleta, caindo fora da pista; QUE sofreu traumatismo craniano, além de outros ferimentos; QUE foi socorrido pelo samu e encaminhado ao Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).

Desterro -PB, 28 de setembro de 2018.

NOTICIANTE: Ismar Temoteo Ferreira


Janduilma Guedes de França
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3

DOCUMENTO ORIGINAL

26 OUT. 2018

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

Ismael Imoleo Ferreira

CPF da Vítima

035.149.524-00

Data do Acidente

13.03.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ismael Imoleo Ferreira

CPF do Representante legal

035.149.524-00

Email

RECUSA

Telefone (DDD)

(31) 99958-2737

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.

Trinova PB 28 de setembro de 2018

Local e Data

Ismael Imoleo Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

26 OUT. 2018



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA 01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA At 10/10/18

Data: <u>10/10/18</u>	Ocorrência nº: _____	Paciente / Usuário: <u>Ismael Ferreira Timoleo</u>	Idade: <u>38</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Suposto a BIC em fazenda</u>		Endereço: _____	Médico Regulador: _____	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUESA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.R. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Ferimento corte contuso em joelho D, RNC

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg

PA: 100 x 70 FC: FR 41 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: 43 mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 93 SpO2d/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Mobilidade Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Deixados 35W, 4VP com RL 1000 ml, imobilizados em prancha rígida + colar cervical, O2 por MV 2L.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino, 38 anos, com RNC, queixas II, ferimento corte contuso em joelho D. A VTR foi acionada para o atendimento, sob orientação do MI realizadas as intervenções e encaminhado ao HRP.

REVISADO
EM _____

02-282 500-11

ESTATUTOS DO INSTITUTO DE ENFERMAGEM

E.C.G.:

☒ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: *Normal*

☐ AGITAÇÃO ☒ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Útero de 12 semanas (c. de 12-13)

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO

☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDAGÁSTRICA ☐ SONDAVESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL

☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☒ OUTROS: *Pré-eclâmpsia*

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1000 mg de 1000

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Pré-eclâmpsia, gravidez 12 semanas. Em 10/05/10. Análise de urina 12/05/10.

Acidose metabólica, hipotensão.

Pré-eclâmpsia, gravidez 12 semanas.

ENCAMINHAMENTO: *Pré-eclâmpsia, gravidez 12 semanas.*

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MEDICO: *José* CRM: *5501/05* MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *Aline L. Queiroga Rosa* COREN: _____ MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM. COREN-PB 192338 COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *Josimar*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 10

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: <u>13/03/18</u>	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE / USUÁRIO: <u>ISMAR FERREIRA TIMONI</u>	IDADE:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BR ENTRE TEIXEIRA E SAIRRO</u>	SAIRRO:	MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. ALONSO</u>		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIRO <input type="checkbox"/> RESGATE PRE <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> ÓTURO:				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/OTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUESA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.T. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input checked="" type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: USA 01 RESPONSÁVEL: Dr. ALONSO FUNÇÃO: MÉDICO

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: USA 01 / HRP RESPONSÁVEL: José Santos FUNÇÃO: ENFERMEIRO

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

PACIENTE DESORIENTADO, BAIXA SATURAÇÃO, ALCOOLIZADO, POBRE NO MID

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 110 x 60 FC: FR: 65 TEMP: 36.5 °C - GLICÊMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2/02: 83% SpO2/02:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intraocasional Diminuída	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input checked="" type="checkbox"/> Desambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído
<input type="checkbox"/> Desorientação	<input type="checkbox"/> Desorientação Ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Disritmia Autônoma	<input type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Hipotermia
<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada
<input type="checkbox"/> Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Vanilação Espontânea Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada	<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Outros:	

INTERVENÇÕES:

SF = 1000 ml + Máscara O2 + Imobilização

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

PACIENTE VITIMIZADO DE QUESA DE MOTO, DESORIENTADO, ALCOOLIZADO, BAIXA SATURAÇÃO, NÃO DESAMBUA, POBRE MID, MEDICADO E IMOBILIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA - Transferido para o HRA AI.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SF = 1.000 ml
MÁSCARA O2

E.C.G.:

☒ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☒ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☒ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Acidente Automobilístico

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SF = 1.000 ml
MÁSCARA O2

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____

R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: DR. MENDES CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): JOANA SANTOS COREN: _____ MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: ACCIONE COREN: _____ MAT: _____



PATOS



192


PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192-PATOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Nome do paciente que foi Atendido pelo Serviço de atendimento móvel de Urgência que sim encontra. Na ficha de ocorrência. De acordo com o seu documento RG: 2519148 e (ISMAR TIMOTEO FERREIRA)

Patos, 28 de Maio de 2018.

Atenciosamente,


Wendel Kley Palmeira de Lima
Coordenador Geral do SAMU 192 Regional Patos-PB
31546169

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



Rua Lima Campos - 431 - São Sebastião - Patos CEP 58.706-310

Telefones: (0xx83) 3415-8192

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ismar Temotio Ferreira

RG nº 2519148, data de expedição 28/01/98, Órgão SSP/PB

CPF nº 035.149.524-00, 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 Projeteada</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Três Pontes</u>
Cidade	<u>Trilíbia</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58735-007</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99958-2737</u>
E-mail	<u>RECUSA</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Trilíbia, PB 28 de setembro de 2018

26 OUT. 2018

Assinatura do Declarante: Ismar Temotio Ferreira

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ismar Temotio Ferreira

RG nº 2519148, data de expedição 28/01/98, Órgão SSP/PB

CPF nº 035.149.524-00, 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 Projéctada</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Três Pontes</u>
Cidade	<u>Trilínia</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58735-007</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99958-2737</u>
E-mail	<u>RECUSA</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Trilínia, PB 28 de setembro de 2018

26 OUT. 2018

Assinatura do Declarante: Ismar Temotio Ferreira

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Demétrio Rizzo Moura Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354 / 30
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tomá Amato Figueira inscrito
(a) no CPF sob o N° 035.149.524 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável da Vítima
Tomá Amato Figueira, inscrito (a) no CPF sob o N° 035.149.524 / 00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua José Geronimo</u>		Número	<u>23</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Telivara</u>	Estado	<u>PA</u>	CEP
E-mail	<u>RECUSA</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(83) 99958 2737</u>		

Telivara 28 de setembro de 2018
Local e Data

Demétrio Rizzo Moura Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIMAS FERREIRA ARAUJO,
RG nº 4435.885, data de expedição 30/06/2016,
Órgão SSDPB, portador do CPF nº 352.240.964-72, com
domicílio na cidade de PESEIRO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NO SÍTIO PEDRA ATRAJESSADA, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ISMAR TEMOTEO FERREIRA, cujo o condutor era
ISMAR TEMOTEO FERREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CB 125 TITAN XS
Ano: 2003
Placa: MNV 79341A
Chassi: 9C2JC30503R221904
Data do Acidente: 13.03.2018
Local e Data: TEIXEIRA-PB, 28 de Setembro de 2018

FIRMA

Dimas Ferreira Araujo
Assinatura do Declarante

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



AVASTI ROCHA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

Reconheço, com autenticação e verdadeiras, as Firmas de:

DIMAS FERREIRA DE ARAUJO

Em test. de verdade. Teixeira-PB 28/09/2018 12:00:21

Notário Maria Nunes Torres - Secretário

CRM 004299/2018-09, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

SELO DIGITAL: 44F15200-0945

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



DOCUMENTO ORIGINAL

26 OUT. 2018

SUS 41P ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CRM: 2695473 CNPJ: 06.776.268/000375
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEB JANDUAR CARNEIRO
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREDA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classe: VERMELHA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA
Adiente: ISMAR TEMOTE FERREIRA

Nome Social: ENEDINA TEMOTE
Filiação: ENEDINA TEMOTE
Nascimento: 24/7/1979 Sexo: SB Cor: PARDA Etnia: BRANCA
Profissao: AGRICULTOR(A) Gênero: HOMEM CIS

Endereco: RUA PROLETARIA
Bairro: VILA FELIX
Cidade: TEIXEIRA PB 58733-000 - 2516700
CNS: 706.2027-5590/5872 Ident: Reg. Nasc.: 33407
CPF: Rocio Ricardo Doc. PRC:

Data/Hora: 03/07/2018 11:48:30 Hora: 240554
ASS: PACIENTE / ACOMPANHANTE DO REMISSIVEL
PESO: 58,29 kg PA: 160 x 70 mmHg TEMPER: 36,2°C
ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO) HGT: 1,43 m

For: 117/6 de dentro de 4/20
Folha de Atendimento = 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 21

Data Hora

19/03/18

19/03/18 de acordo com

Dr. Klinger e Dr. F. J. P. Filho

Dr. J. C. C.

Dr. C. L. L. e Dr. P. M.

Dr. P. M.

19/03/18



17/03/2018 em 14h:30 min - Organização e procedimentos



Assistente Social

CRP 03 2542

CNS 30000





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

Cod. intern. 29199

Data/Hora 14/3/2018 09:07:09

Prontuario 73634

Ocorrência ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Classif. Risco VERMELHA

Transporte SAMU 192

Origem VIA PUBLICA

Servidor do Dr.:

Reg N Enc N

Paciente ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Idade: 38 Gênero: HOMEM C/S

Filiação

Filiação I ENEDINA TEMOTEO

Filiação II ROMAO FERREIRA DE ARAUJO

Endereço

Cidade TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706

Endereço RUA PROJETADA

Bairro FELIZ

Naturalidade DESTERRO - PB

Fone (83)99145-9956

Documentos

CNS 706-3027-5596-6972

Identidade

CPF

Reg. Nasc.

Informações adicionais

Nascimento 24/7/1979

Cor BRANCA

Estado Civil CASADO(A)

Profissão AGRICULTOR(A)

Responsável:

Maria Duencela Silva Ferreira

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

17/03/18

Paciente vítima de acidente de trânsito em 5 dias
guinchado com lesões, fraturas, ACIDENTE
DE TRÂNSITO E MORTAL. FOI AVALIADO POR 2
NEUROLOGISTAS E FOU CIRURGIA GERAL.

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

AO EXAME, EGA, GINECO, APARELHO, CERVICAR
E COM BOM AVALIO DO SISTEMA. APT. NORMAL
APARELHO, LAPAROSIA SE ENCONTRA NORMAL.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

ND: TCC

POLITROMA

Dr. Eduardo Nogueira
MEDICO
CRM-PB 5184

Diagnóstico

DADOS DA SAÍDA

Data: 03/04/18

Hora: H Min

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

Médico/CRM

Dr. Denilson Pereira de Alencar
Médico CRM / PB 5184

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

TATIANE



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Isaura Tenório

DA CLÍNICA

Neurologia

A CLÍNICA

Cardiologia

ENFERMARIA

6

LEITO

05

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

DEBILIDADES, DISPNEIA, DOR TORÁCICA

21/03/18

DATA

Dr. Alexandre Firmino

Neurologia Clínica

CRM 5724

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Adaptar

FUTURO

Indicador

SEM SINTOMAS

Insuficiência Renal

Ap/

2/10/05/

DATA

Dr. José Vanderlino Alves
CRM-PB 2930

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Paciente: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Medico: DENILSON PEREIRA DE ALENCAR
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: SAO JOSENascimento: 24/07/1979 Idade: 38 Sexo: M
Cod. Pac.: 20498 Protocolo: 45105
26/03/2018 09:02:45
Leito: 6/05

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócito:	5.320.000 /mm ³	Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm ³	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Hemoglobina:	16,1 g%	13.5 - 18.0 g%	11.5 - 16.0 g%
Hematócrito:	48,8 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	92,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	30,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	33,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	16,0 %	11.5 ± 14.5 %	11.5 ± 14.5 %
Observação Série Vermelha:			

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais	18.200	Maiores de 13 anos 4.000 ± 10.000 /mm ³	
Mielócitos	0	0	0
Metamielócitos	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes	2	0 a 5	0 a 500
Segmentados	69	40 a 70	1.800 a 7.000
Eosinófilos	2	0 a 5	0 a 500
Basófilos	0	0 a 1	0 a 100
Linfócitos			
Típicos	22	20 a 35	800 a 3.500
Atípicos	0		
Monócitos	5	2 a 10	60 a 1000
Observação Série Branca:			

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 409.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

Livina Saldanha
Biotécnica
CRM 5112



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

Paciente: ISMAR T. FERREIRA
Médico Requisitante: DR. ALEXANDRE FIRMINO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 38 ANOS
Data: 20/03/2018
Coanda: ---

TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO / TRANSAMINASE PIRUVICA - TGP

Material: Soro
Método: ENZIMÁTICO AUTOMÁTICO

TGO 98 U/L

Valores de Referência: Até 40,0 U/L

TGP 107 U/L

Valores de Referência:
Homens : Até 42,0 U/L Mulheres : Até 31,0 U/L


Dr. Waldemir Soares Farias
Bióquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
ESP: 2206 - CRP-PB: 1894

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel: (83) 9 99131408 e 34215460



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinalise
- Parasitologia

Paciente: ISMAR T. FERREIRA
Médico Requisitante: DR. ALEXANDRE FIRMINO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 38 ANOS
Data: 20/03/2016
Comanda: ---

GLICEMIA DE JEJUM / URÉIA / CREATININA

Análise: Solo
Método: Enzimático/Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 99 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dL

70,0 a 99,0 mg/dL

URÉIA: 29 mg/dl

Valores de Referência:

1 dia a 12 meses: 2 a 36 mg/dl

1 a 13 anos: 8 a 36 mg/dL

Normais: de 15 a 40 mg/dl

CREATININA: 0.9 mg/dl

Valores de Referência:

semanas a 1 ano: 0,1 a 0,3 mg/dl

a 13 anos: 0,1 a 0,6 mg/dl

Normais: de 0,4 a 1,3 mg/dl

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.


Dr. Walderez Romão Ferreira
Bióquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SPM: 2305 (CRF-PB: 1954)

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 3 98131408 e 34215469



Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Isamir tenoreu tenoreu

laudo laudo

DE VTA

Atento pl de de de

que o mon encomenda de

membr responsabilidade de medic

sequela de traumatismo crania

no que nesta sua apresenta

episódios de epilepsia crônica

em uso de medicamento

em uso de medicamento

em uso de medicamento

em uso de medicamento

em uso de medicamento

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

21/09/18

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (53) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.



Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Isma ten ten

Vc omli

HIDANT 12)

Toma 3/8c

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

21/09/12

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422 2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA-PB
CNPJ: 11.229.326/0001-01
ENDEREÇO COMPLEMENTO E TELEFONE
RUA JOÃO PESSOA, S/N
CEP: 56.735-000 CIDADE: TEIXEIRA UF: PARAIBA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
R. O.: _____ ORG. EMISSOR: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

CONTROLE ESPECIAL

PACIENTE: Ismael Tenório Ferreira.

ENDEREÇO: R. Prokato.

PRESCRIÇÃO: hidralaf 100 mg - 2 cs

10mg 1 comp. de 88 mg

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: 1 / 1 /

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: 24.09.2018

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
NOME COMPLETO:	
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA-PB	
CNPJ: 11.229.326/0001-01	
ENDEREÇO COMPLEMENTO E TELEFONE	
RUA JOÃO PESSOA, S/N	
CEP: 52.735-000	CIDADE: TEIXEIRA UF: PARAIBA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME:	
R. G.:	ORG. EMISSOR:
ENDEREÇO:	
CIDADE:	UF:
TELEFONE:	

PACIENTE: Isidro Dantas Jesus

ENDEREÇO: R. Pirelata

PRESCRIÇÃO: Medicamento - 704

para uso do Sr. Isidro

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
DATA: <u>1/1/1</u>	
ASS. DO FARMACÊUTICO	

DATA: <u>24/09/2017</u>	
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO	

REPÚBLICA DE GUATEMALA

ESTADO DE PARAGUAY

SECRETARIA DE SEGURANCIA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CENTRAL

EXAMEN AMBULANTE

DI/P.56




26 OCT. 2018

26 OCT. 2018

VALGUA DE TEXAS (U.S.A.)

2519148

28 NOV 1966

ROSA FERNANDA DE ARRIAGA

Paraguay

24.07.1979

Cart. Nac. 375477, Fls. 156V, Liv. A-7.

Cart. Desempeño-EP.

26 OCT. 2018



26 OUT. 2018

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

RODRIGO CASSIO DAIA OLIVEIRA



IDENTIFICACAO: DATA DE NASCIMENTO: 31/04/72 SEX: M

CNPJ: 067.845.354-30 DATA DE EMISSAO: 04/03/2006

NOME: JONILDO DO EILTO OLIVEIRA
 ASSASSO
 MARIA ELIENE SANTOS
 MATA

PROFISSAO: ATIV: CATEG:

CPF: 03763630105 DATA: 11/03/2007 VIGENCIA: 09/01/2006

Rodrigo Cassio daia Oliveira

ASSINATURA: 

DATA: 07/04/2016

56852578102
 89032327176

RODRIGO CASSIO DAIA OLIVEIRA

26 OUT. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA

DETILH - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 011461179933
 DATA DE EMISSÃO 29/04/2014
 0080429317-1 00/00000000 2014

DIMAS FERREIRA ARAUJO

36224036472

MMV7934/PB

NOVO

PM

9C2JC30103R221904

PAS/MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 125 CITAN KS

2003 2003

X R 2124 PCI

PARTEIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM

29/04/2014

SECUR

PM

9C2JC30103R221904

REST. EEM. TRIBUTARIO

PM

9C2JC30103R221904

DESTERRO - PEÇA

9440

29/04/2014

41033

26 OUT. 2018

PB Nº 011461179933 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 35224036472-1, LULA Nº 9C2JC30103R221904/PB
 AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO
 www.dpvatsegurotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 028 1204

35224036472

MMV7934/PB

HONDA/CG 125 CITAN KS

2003 2003

9C2JC30103R221904

9C2JC30103R221904

9C2JC30103R221904

9C2JC30103R221904

9C2JC30103R221904

9C2JC30103R221904

9C2JC30103R221904



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AGRICULTOR Nº DO RG: 3519148
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 28/01/1998
Nº CPF: 035.149.524-00 ENDEREÇO: RUA PROJETADA, S/N
TRÊS POSES, TEJUEIRA - PB.

OUTORGADO: KENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 3199470
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 20/02/2004
Nº CPF: 067.845.354-30 ENDEREÇO: RUA JOSE GERONIMO
23, CENTRO, TEJUEIRA - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário ISMAR TEMOTEO FERREIRA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

TEJUEIRA - PB, 08 de SETEMBRO de 20 18.

FIRMA

Ismar Temoteo Ferreira

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

AVASTI ROCHA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
ISMAR TEMOTEO FERREIRA
Em test. da verdade, Tejuera-PB 28/09/2018 15:35:13
Mayana Maria Nunes Torres - Escrevente
(2016-004325) OAB/PB nº 48 FAZENDO 0,29 FÉV 2018 1,70
SELLO DIGITAL: AHP15306-0619
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



26 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393008/18

Vítima: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

CPF: 035.149.524-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISMAR TEMOTEO
FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA : 067.845.354-30

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

ISMAR TEMOTEO FERREIRA : 035.149.524-00

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: 26/10/2018
Nome: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CPF: 067.845.354-30

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL