

PROCURAÇÃO PARA FORO EM GERAL

Outorgante: ISMAR TEMOTEO FERREIRA, brasileiro, convivendo em união estável, agricultor, portador do RG nº 2519148, SSP/PB e do CPF nº 035.149.524-00, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº, Vila Feliz, Teixeira – PB, CEP nº 58735-000, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu (s) bastante (s) procurador (es): JULIANO FERREIRA RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 24844 e RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 23153, com Escrítorio Profissional situado na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 40, Centro de Teixeira – PB, CEP 58.735-000, aos quais conferem **PODERES** para o foro em geral, tais quais os da cláusula *ad judicia e et extra*, na forma do art. 105 do Novo CPC, bem como os especiais, podendo contestar, transigir, desistir, receber e dar quitação, receber intimações, notificações, firmar compromisso de inventariante, bem como de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventários e arrolamentos, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representando os outorgantes perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, com poderes especiais para ofertar contestação, bem como pedido contraposto de ação de guarda.

Teixeira – PB, 22 de novembro de 2018.

Ismael Temoteo Ferreira
- OUTORGANTE -



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ISMAR TEMOTEU FERREIRA**, brasileiro, convivendo em união estável, agricultor, portador do RG nº 2519148, SSP/PB e do CPF nº 035.149.524-00, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº, Vila Feliz, Teixeira – PB, CEP nº 58735-000, **DECLARO** que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Teixeira – PB, 22 de novembro de 2018.

X Ismar temoteu ferreira
- DECLARANTE -



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ISMAR TEMOTEO FERREIRA, brasileiro, convivendo em união estável, agricultor, portador do RG nº 2519148, SSP/PB e do CPF nº 035.149.524-00, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº, Vila Feliz, Teixeira – PB, CEP nº 58735-000, residente e domiciliado na Rua Justiniano Guedes, nº 1985, Bairro Jatobá, Patos – PB, CEP nº 58.707-440, **DECLARO** com base na Lei nº. 7.115/1983 (Lei da Desburocratização) que sou residente e domiciliado no endereço supramencionado.

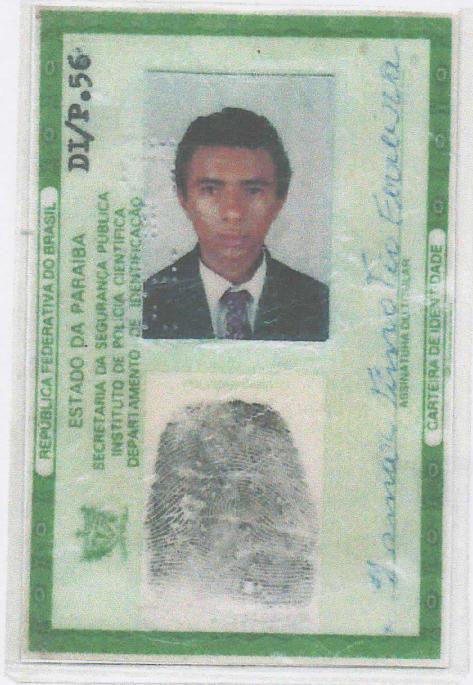
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais, aonde atesta que vive e reside verdadeiramente no endereço supra mencionado, assumindo qualquer responsabilidade cível e criminal.

Teixeira – PB, 22 de novembro de 2018.

Ismar temoteo ferreira
- DECLARANTE -









Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 13/12/2018 18:09:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121317575459700000017862343>
Número do documento: 18121317575459700000017862343

Num. 18356731 - Pág. 1



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 TEMOTELO 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: Ismael Temoteo Ferreira

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ISMAR TEMOTEU FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSAO: AGRICULTOR Nº DO RG: 2519148
ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 28/10/1998
Nº CPF: 035.144.524-00 ENDEREÇO: RUA PROJETADA SIN
TRÊS PÓSSES, TEIXEIRA - PB

OUTORGADO: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSAO: ADVOGADO Nº DO RG: 3109470
ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 20/12/2004
Nº CPF: 667.845.354-30 ENDEREÇO: RUA JOSÉ GENONIMO
23, CENTRO, TEIXEIRA - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário ISMAR TEMOTEU FERREIRA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.

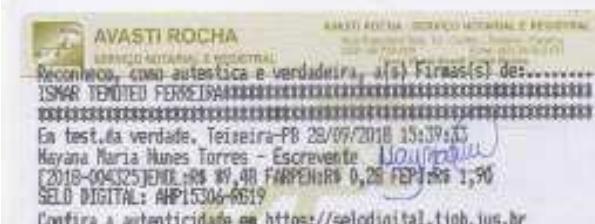
TEIXEIRA - PB , 08 de SETEMBRO de 2018.

FIRMA

Ismar temoteu ferreira

Assinatura

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





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Ismael Temoteo Ferreiro</i>	CPF titular da conta <i>035.140.524.00</i>	Profissão <i>RECLUSA</i>
Endereço <i>Rua Projétila</i>	Número <i>511</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Treze Pontas</i>	Cidade <i>Tijucas</i>	Estado <i>PB</i>
Email <i>RECLUSA</i>	CEP <i>58735-000</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 99958-0737</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (101) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ DV. _____ CONTA NRO. _____ DV. _____	
AGÊNCIA NRO. <i>1156</i>	DV. <i>X</i>	CONTA NRO. <i>16309</i>	DV. <i>S</i>
(Informar dígito se existir)		(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tijucas - PB, 08 de Setembro de 2018

Local e Data:

Ismael Temoteo Ferreiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, OTIAS FERREIRA ARAUJO,

RG nº 4.435.885, data de expedição 30/06/2016,
Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 352.240.964-72, com
domicílio na cidade de DESEIRO, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NO SITIO PEORA ATRAVASSADA, nº 61/N.
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 TEMOTEIO FERREIRA, cujo o condutor era
ISMAR TEMOTEIO FERREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: 4000A / CG 125 TITAN KS
Ano: 2003
Placa: M MV 7934149
Chassi: 9C1JC30503L221904
Data do Acidente: 13.03.2018
Local e Data: Tijucina-PB, 28 de Setembro de 2018

FIRMA

OTIAS FERREIRA ARAUJO
Assinatura do Declarante

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

AVASTI ROCHA
SERVIÇO ROTATILAR E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, esta assinatura: OTIAS FERREIRA ARAUJO

Em testemunha, Tijucina-PB 28/09/2018, 12:00:00.
Neyra Pará Nunes Torres - Escrivão de
F2018-0042993001, log. 20, 40. FASE II, 0, 26 FASE III, 1, 26
SELO DIGITAL: AF15200-EPF

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Ismar Lemos Ferreira</i>	CPF da Vítima 035.149.524-00	Data do Acidente 13.08.2018
--	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Ismar Lemos Ferreira</i>	CPF do Representante Legal 035.149.524-00
Email <i>REUSA</i>	Telefone (DDD) 031 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 Lider 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.

Tijucina-RJ 28 de Setembro de 2018

Local e Data

Ismar Lemos Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.DOL.V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ismar Temoteo 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 Projéltava</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Irê Protetor</u>
Cidade	<u>Tereshkova</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58735-002</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99958-2737</u>
E-mail	<u>RECUSA</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda PB - 28 de setembro de 2018

Assinatura do Declarante: Ismar Temoteo Ferreira





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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 Renan Císsio Maia Oliveira, inscrito (a) no CPF/CNIS 037.848.354-30,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tomaz Amorim Oliveira, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 035.149.524-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima
Tomaz Amorim Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Lider-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 Góes n° 00</u>	Número	<u>23</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Lento</u>	Cidade	<u>Tijucas</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>RECUSA</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(83) 9 9958-2737</u>

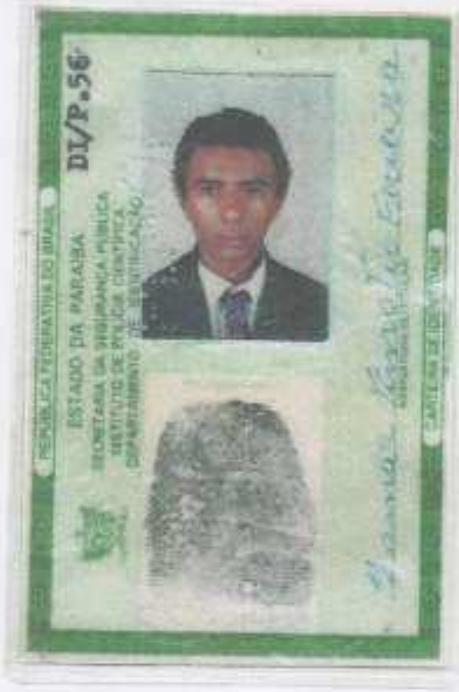
Tijucas/RN 28 de setembro de 2018

Local e Data

Renan Císsio Maia Oliveira

Assinatura do Declarante

BLDRL001 V001/2017





1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

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

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





SAMU

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA CI

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / Usuário	Idade	Sexo:
13/12/18		Josmar Ferreira Timóteo	38	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino
Local de Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
Suposição à B16 em Teixeira				
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <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 AGRADO:

<input 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/ROTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda metros
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.S.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F (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"/> INTERMITENTES ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-COMBUSTIVA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: *Ribeiro 484* FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Tormento contínuo contuso em joelho D, RNC

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mmHg < 90 mmHgPA: *100x70* FC: FR: *+1* TEMP: *36,5* °C - GLICEMIA: *113* mg/dl - E. Com a: *SpO2s/02: 93* SpO2c/02: *93*

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 VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipotermia Hipotensão Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Função Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interção Social Prejudicada Permeabilidade Intestinal Ineficaz
 Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

REVISADO

EM */ /*

INTERVENÇÕES:

Verificadas SSVU, ANP com SRL 5000 ml, imobilização em prancha rígida + colar cervical, Os/paralítico.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino 38 anos, com RNC, Glasgow 11, trauma ótico, vítima de queda de moto, cunhado com ferimento contuso contuso em joelho D. A VTR foi encerrada para apoio à USBSC, sob orientação do MJ realizando intervenções e encaminhado ao HRP.

02 - SEC 3001	REFEITÓRIO
ACADEMIA MILITAR DA GUARDA NAZARÉ	
CENTRO DE ALIMENTAÇÃO DO MUSEU DE HISTÓRIA - GUARÉ	
PRAIA DE GUARÉ - RJ	



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:

Obst. e nato (condomínio)

PROCEDIMENTOS:

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÁNULA OROFARÍNGEA CRICOTIREIDOSTOMI

VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (02) DRENAGEM TORÁCICA

MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO

PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL

TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: *Painel nasal*

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1200 mg de Sevoflato

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Paciente desidratado, obstruído. Enviado a UPA. Dor de barriga forte.

Acabou de vomitar, mas não vomita mais.

Na: 1000, náuseas, vômitos, dor de barriga forte.

ENCAMINHAMENTO: na UPA forte.

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 ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G. _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MEDICO: *Jon Almeida* CRM: *Brasil 103* MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *Nívea Lúcia Querolla Rosso* COREN: _____ MAT: _____

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

CONDUTOR: *Jesímar*



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 LIDER 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





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA

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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 10

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
13/03/18		<u>ISMAR FERREIRA DUARTE</u>		<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA	BAIRRO	MÉDICO REGULADOR		
<u>SR entre Teixeira e</u>	<u>-</u>	<u>Dr. Alenon</u>		
APOIO NO LOCAL:	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIRO <input type="checkbox"/> POLÍCIA <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> COPTRAN <input type="checkbox"/> BTRANSP <input type="checkbox"/> OUTRO:			
OTA:	<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 AGRADO:

<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/OSUTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (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 CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: USA 01 RESPONSÁVEL: Jair Santos

70/6 preto funcão enfermeiro

enf 37+ USA 01

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

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

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Paciente desorientado, Baixa Saturação, Alcoolizado, bate no MID

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30pm <30pm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

PA: 110 x 60 FC: FR: 65 TEMP: "0 - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/02 83% SpO2c/02:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Arterial/veia intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Desambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Descobertura Ineficaz das VVA Disrevisão Autônoma Dor Aguda Hipertensão Hipotensão Integridade da Pele Prejudicada
- Imigridade Tissular Prejudicada Medo Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusão Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Trota de Gástras Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náuseas
- Retenção Urinária Percepção-Sensorial Perfundada Interção Social Prejudicada Incoordenância Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros

INTERVENÇÕES:

SE = 1000 ml + Moxaox 02 + Meloxicam

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, desorientado, Alcoolizado, Baixa Saturação, não respirava, bate no MID, Medicado e imobilizado conforme prescrição médica - encaminhado para a UPA AI.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SF = 1.000 ml
Máscara O2

E.C.G.: NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:
 AGITAÇÃO CONSCIÊNCIA 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 CANULA OROFARÍNGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INSALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PONÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VÉSICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO 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 ELEVAÇÃO DE CABEÇA (GABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: *Dr. Renan Maia* CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *José Gómez* COREN: _____ MAT: _____

X. TÉCNICO DE ENFERM.: *Acidente* COREN: _____ MAT: _____





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 Regional Patos-PB
Coordenador Geral do SAMU Reg 31546169
Regional PATOS-PB

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



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

Telefones: (0xx83) 3415-8192





EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

Data

Hora

verso 19/12/2018
obrigado o acerto de
máximos e finalizar
que: Funcionamento
funcionalizado
D.D.: T.I.C. G.
Tec Linis, analisar
Corr. 19/12/2018

Assinatura
M. V. C. M. S. - M. V. C. M. S.

19/12/2018

19/12/2018 às 18:30 min - O encaminhamento
encaminhamento feito para o Dr. R. L. A.
Assistente Social
Assistente Social
Assistente Social





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Ismael tento

DA CLÍNICA NEWLOR
A CLÍNICA CORREGIDA GEME

ENFERMARIA 6º
LEITO 05

MOTIVO DA CONSULTA:

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

DE HONORAR, DISPNEIA, DOR VISCERAL

20/03/18

DATA

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Admire futuro/
Irregular.

Sou SIM e
Inventor Pocilco

AJ

2/10/18/

DATA

Dr. José Vanderlito Alves
CRM-PB 2930

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



GOVERNO
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

SUS

Paciente: ISMAR TEMOTEO FERREIRA Nascimento: 24/07/1979 Idade: 38 Sexo: M
Medico: DENILSON PEREIRA DE ALENCAR Cod. Pac: 20498 Protocolo: 45105
Laboratorio: INTERNO 26/03/2018 09:02:45
Enfermeira: SAO JOSE Leito: 5/05

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino >13 anos	Feminino >13 anos
Entrócito	5.320.000 /mm3	4.4 - 6.1 milhoes/mm3	4.2 - 5.4 milhoes/mm3
Hemoglobina:	16,1 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematórito:	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 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais	18.200	Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000/mm3		
Mielócitos	0	0	0	- 0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	- 0 a 100
Bastonetes	2	364	0 a 5	- 0 a 500
Segmentados	69	12558	40 a 70	- 1.600 a 7.000
cossinofílos	2	364	0 a 5	- 0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	- 0 a 100
Linfócitos				
Tipicos	22	4004	20 a 35	- 800 a 3.500
Atípicos	0	0	-	-
Monócitos	5	910	2 a 10	- 80 a 1000

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 409.000
Valorico de Referencia: 150.000 a 450.000

Livina Saldanha
Biomédica
CRM 5112

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratório

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

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

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

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

Valor de Referência:
Homens : Até 41,0 U/L Mulheres : Até 31,0 U/L


Dr. Wellington Oliveira Bezerra Ferreira
Biogênico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM-2300 (CRF-PB: 1854)

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 34215489



Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 13/12/2018 18:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121318054761100000017862657>
Número do documento: 18121318054761100000017862657

Num. 18357057 - Pág. 9



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- 171 06
- Culturas em geral
 - Enzimas Cardíacas
 - Imunologia
 - Micologia
 - Teste do Peixinho
 - Testes Alérgicos
 - Líquidos Corporais
 - Hematologia
 - Urinálise
 - Pesquisas de BAAR
 - Biográmica
 - Parasitologia

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

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

GLICEMIA DE JEJUM / URÉIA / CREATININA

Amostra: Soro
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 34 mg/dl

1 a 13 anos: 8 a 36 mg/dl

Normal: 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 0,8 mg/dl

Normal: 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. Waldyr Góes Barros Firmino
Biotecnico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBM: 2305 - CRF-PB: 1054

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 Brossuet Wenderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 99131468 e 34215469



Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 13/12/2018 18:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121318054761100000017862657>
Número do documento: 18121318054761100000017862657

Num. 18357057 - Pág. 10



Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Ismael Tenho terno / /
faz velho / /
ATEND plus domingo 7h30
- MEN enunciado sub
metas resposta simples medidas
que DE transmitir informa-
que mestre sons aprender 15
síntese épilatos românicos
up de medievais
vi 500
642

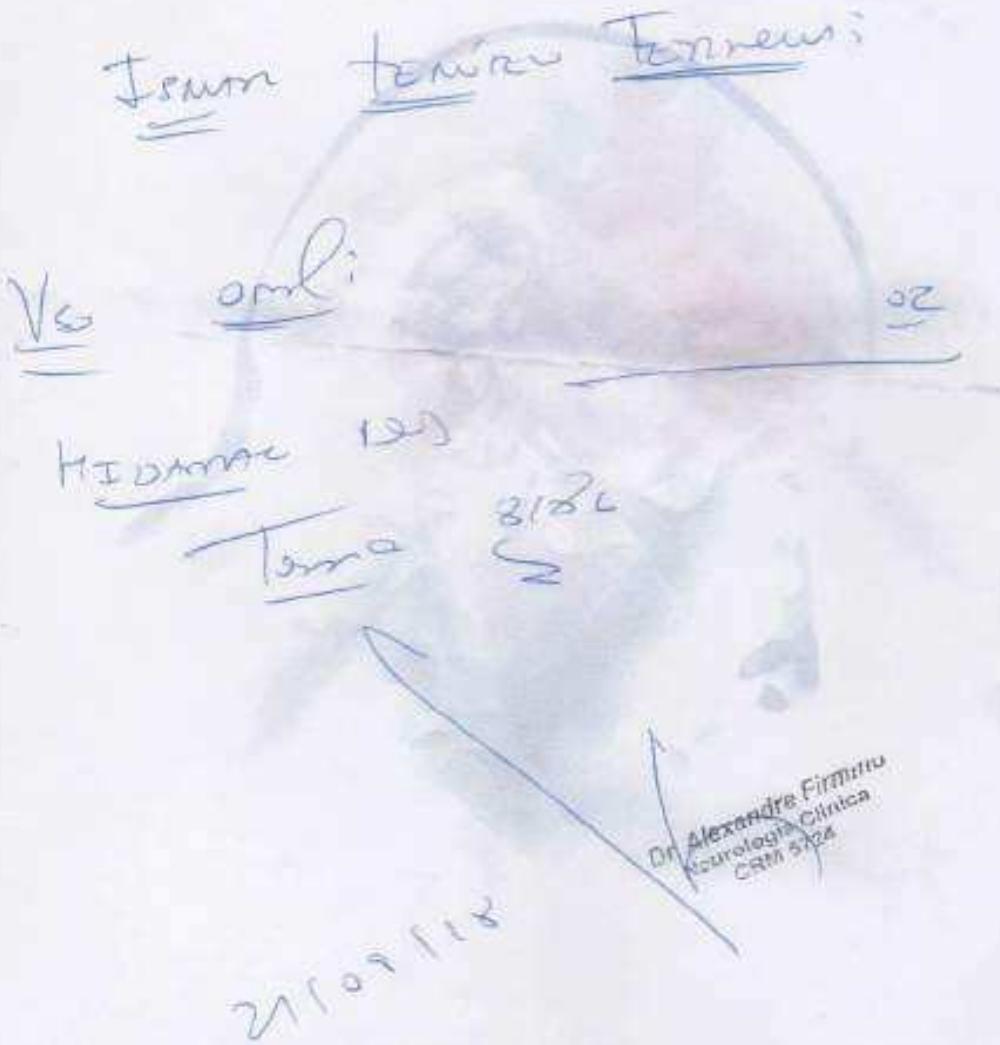
Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
www.firmino.com.br

CONSUL TÓRIO AV. BIRIBRICO 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422-2272 / 99838-7422 - PATOS-PB





Dr. Alexandre Firmino
CRM - 5724



CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 99838.7422 - PATOS-PB.



Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 13/12/2018 18:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121318054761100000017862657>
Número do documento: 18121318054761100000017862657

Num. 18357057 - Pág. 12

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA-PB
CNPJ: 11.229.326/0001-01
ENDERÉSCO COMPLEMENTO E TELEFONE
RUA JOÃO PESSOA, S/N
CEP: 58.735-000 CIDADE: TEIXEIRA
UF: PARÁ

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

R. G.: _____ ORG. EMISSOR: _____
ENDERECO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

DATAS DE PRESCRIÇÃO
DATA: _____ / _____ / _____

DATAS DE ASSINATURA
DATA: 24/09/2018
M
ASS. DO FARMACÊUTICO
ASS. E CARMBO DO MÉDICO

Jail Lemos Melo da Silveira CNPJ 24.716.221/0001-46 - Rua Doutor Peixoto Ferreira, 70 - Centro - PB 58.735-002 - 08/02/2017

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

PACIENTE: Ismael Teixeira

ENDERECO: Rua Profeta

PRESCRIÇÃO: Hidroclor. 100 mg - 7 caps

Tomar manhã de 00 hr-02

h.p.

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA 27/08/2012

Med. Laryn

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

Laryn

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

DATA 1/1/2012

Med. Laryn

ASS. DO FARMACÊUTICO

Laryn

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

DATA _____

Laryn

CIDADE: _____

UF: _____

TELEFONE: _____





Extrato de Poupança Ouro

Cliente
titular

ISMAR TEMOTEU FERREIRA

Agência	Cota	Variável
1156-8	26.309-5	51

Movimento	Data	Base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
	30/09/2018		Saldo Anterior			0,00 C
	06/10/2018	08	502-Depósito Em Dinheiro	1156-8	16.710	2,00 C
						2,00 C
			S A L D O			0,00 D
			VALOR BLOQUEADO			2,00 C
			DISPONÍVEL			2,00 C

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.

Saldo por dia base

Dia base	Saldo
08	2,00

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PRA 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 0086

