

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 Escritório 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 judícia* 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.


– OUTORGANTE –



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **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, **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 Temotio 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.

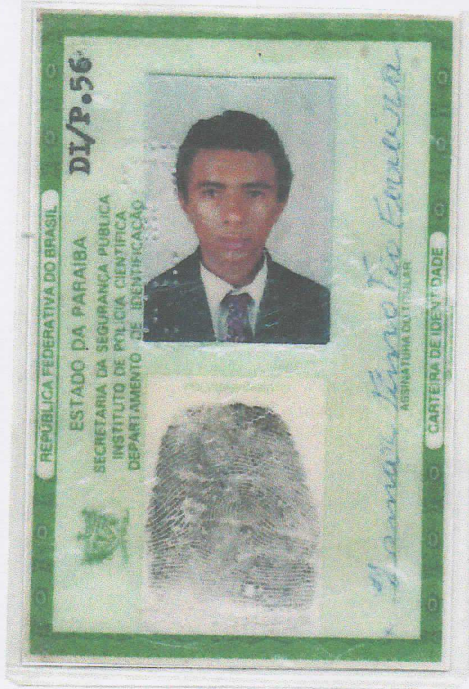
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais, aonde atesta que vive e reside verdadeiramente no endereço supra mencionado, assumindo qualquer responsabilidade cível e criminal.

Teixeira – PB, 22 de novembro de 2018.

X Ismar temotio ferreira
– DECLARANTE –











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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ISMAR TEMOTEO FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 2519148
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 28/01/1998
Nº CPF: 035.144.524-00 **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, S/N
TRÊS POSTES, TEIXEIRA - PB.

OUTORGADO: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 3199470
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 20/12/2004
Nº CPF: 067.845.354-30 **ENDEREÇO:** RUA JOSE GERONIMO
23, CENTRO, TEIXEIRA - 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.

TEIXEIRA - 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 REGISTRAL
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
ISMAR TEMOTEO FERREIRA.....
Em test. da verdade, Teixeira-PB 28/09/2018 15:39:53
Mayana Maria Nunes Torres - Escrevente Mayana
(2018-004325) ENELE: R\$ 49,00 FAPEN: R\$ 0,26 FEP: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AHP15304-6619
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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 T. Mateo Fleury</i>		CPF titular da conta <i>035.149.524-00</i>	Profissão <i>Recusa</i>
Endereço <i>Rua Proj. Rada</i>		Número <i>514</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Três Pontas</i>	Cidade <i>Turkey</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58735-000</i>
Email <i>RECURSA</i>		Telefone (DDD) <i>831 99988-2732</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

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO 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"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <i>1356</i> D/V <i>8</i> CONTA NRO. <i>26309</i> D/V <i>5</i> <small>(Informar dígito se existir)</small>		BANCO Nome: _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ <small>(Informar dígito se existir)</small>	

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.

Turkey - PB, 08 de Setembro de 2018
Local e Data

Ismael T. Mateo Fleury
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DTMAS FERREIRA ARAUJO,
RG nº 4.435.885, data de expedição 30/06/2016,
Órgão SSOS PB, portador do CPF nº 352.240.964-72, com
domicílio na cidade de DESTERRO, no Estado de
PARAIBA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
NO SÍTIO PEDRA ATRAVESSADA, nº 61N,
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 KS
Ano: 2003
Placa: MMV 99341PB
Chassi: 9C2JC30303221904
Data do Acidente: 13.03.2018
Local e Data: TEJUPA-PB, 28 de Setembro de 2018

FIRMA

DTMAS FERREIRA ARAUJO
Assinatura do Declarante

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

AVASTI ROCHA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
DTMAS FERREIRA DE ARAUJO
Em test. da verdade: Tejuca-PB 28/09/2018 12:00:00
Nayana Maria Nunes Torres - Escrevente Nayana
C2018-00429930MLJ01 19.00 FINECENSA 0,28 Repetida 1,00
SELO DIGITAL: ABE1529-EPB
Confira a autenticidade em <https://seindigital.tjpb.jus.br>



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

13.08.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ismael Imoleo Ferreira

CPF do Representante legal

035.149.524-00

Email

REUSA

Telefone (DDD)

(83) 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.

Terena-MS 28 de Setembro de 2018

Local e Data

x Ismael Imoleo Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



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 Proletária</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Três Pontes</u>
Cidade	<u>Trizalva</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58735-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 9.9858-2737</u>
E-mail	<u>RECUSA</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Trizalva PB 28 de setembro de 2018

Assinatura do Declarante: x Ismar Temotio 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rennan Cassio Maia Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354 / 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ismael Amotelo Figueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.149.524 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Envolvidos da Vitima Ismael Amotelo Figueira 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 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 Genônimo</u>		Número	<u>23</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email	<u>RECUSA</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 99958 2737</u>			

Teresina - PI 28 de setembro de 2018

Local e Data

Rennan Cassio Maia Oliveira

Assinatura do Declarante







Ergebnis: 10/10/2014, 14:00:00, 10/10/2014, 14:00:00

Grupos: 19/08/2016 Referencia: Agt / 2016
Código: RENDICIONAL / BAIXA RENDICIONAL MONOFASE
Roteiro: c - 123-4D-5000 Nº protocolo: 000/01/2016

Government of the United States. 1988. *Wilderness conservation and the economy*. Washington, D.C.: U.S. Department of the Interior, Bureau of Land Management.

BRUNO DA SILVA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rua 25 - Centro Industrial - João Pessoa/PB - CEP 53071-1000
CNPJ 08.005.708/0001-33 - Fone Fax: 36 345.0000

Nota Fiscal e Cota de Energia Tabela N° 04 Tax. 000

Chd. pers. Dist. Aud. and Sec. 606/6438/2001

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	10/08/2018	10/09/2018	008.045.041-0

UC (Unidade Consumidora): 5/1436784-1

Canal de contatru

- Tanta Social de Energia Eléctrica - TSEEE foi criada pela Lei nº 11.438, de 28 de agosto de 2007.

[illegible]

VENCIMENTO 17/08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 38,94
---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)											
47	48	44	52	57	57	55	57	58	55	55	55
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO AO FISCO
c272.b527.3767.7+03.7992.7870.f22e.7ca4

Indicadores de Qualidade			Valor		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	5,30	13,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	7,80	18,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	11,30	26,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	14,80	33,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	18,30	40,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	21,80	47,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	25,30	54,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	28,80	61,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	32,30	68,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	35,80	75,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	39,30	82,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	42,80	89,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	46,30	96,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	49,80	103,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	53,30	110,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	56,80	117,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	60,30	124,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	63,80	131,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	67,30	138,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	70,80	145,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	74,30	152,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	77,80	159,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	81,30	166,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	84,80	173,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	88,30	180,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	91,80	187,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	95,30	194,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	98,80	201,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	102,30	208,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	105,80	215,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	109,30	222,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	112,80	229,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	116,30	236,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	119,80	243,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	123,30	250,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	126,80	257,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	130,30	264,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	133,80	271,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	137,30	278,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	140,80	285,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	144,30	292,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	147,80	299,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	151,30	306,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	154,80	313,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	158,30	320,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	161,80	327,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	165,30	334,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	168,80	341,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	172,30	348,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	175,80	355,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	179,30	362,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	182,80	369,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	186,30	376,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	189,80	383,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	193,30	390,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	196,80	397,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	200,30	404,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	203,80	411,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	207,30	418,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	210,80	425,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	214,30	432,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	217,80	439,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	221,30	446,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	224,80	453,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	228,30	460,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	231,80	467,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	235,30	474,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	238,80	481,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	242,30	488,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	245,80	495,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	249,30	502,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	252,80	509,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	256,30	516,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	259,80	523,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	263,30	530,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	266,80	537,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	270,30	544,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	273,80	551,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	277,30	558,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	280,80	565,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	284,30	572,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	287,80	579,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	291,30	586,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	294,80	593,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	298,30	600,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	301,80	607,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	305,30	614,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	308,80	621,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	312,30	628,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	315,80	635,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	319,30	642,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	322,80	649,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	326,30	656,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	329,80	663,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	333,30	670,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	336,80	677,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	340,30	684,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	343,80	691,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	347,30	698,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	350,80	705,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	354,30	712,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	357,80	719,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	361,30	726,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	364,80	733,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	368,30	740,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	371,80	747,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	375,30	754,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	378,80	761,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	382,30	768,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	385,80	775,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	389,30	782,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	392,80	789,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	396,30	796,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	399,80	803,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	403,30	810,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	406,80	817,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	410,30	824,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	413,80	831,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	417,30	838,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	420,80	845,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	424,30	852,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	427,80	859,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	431,30	866,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	434,80	873,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	438,30	880,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	441,80	887,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	445,30	894,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	448,80	901,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	452,30	908,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	455,80	915,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	459,30	922,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	462,80	929,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	466,30	936,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	469,80	943,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	473,30	950,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	476,80	957,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	480,30	964,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	483,80	971,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	487,30	978,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	490,80	985,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	494,30	992,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	497,80	999,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	501,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	504,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	508,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	511,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	515,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	518,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	522,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	525,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	529,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	532,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	536,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	539,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	543,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	546,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	550,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	553,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	557,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	560,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	564,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	567,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	571,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	574,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	578,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	581,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	585,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	588,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	592,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	595,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	599,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	602,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	606,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	609,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	613,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	616,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	620,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	623,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	627,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	630,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	634,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	637,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	641,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	644,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	648,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	651,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	655,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	658,80	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOSTA	0,00	NORMAL	Despesa com Energia	662,30	1000,00
DEMONSTRAÇÃO DE PROPOST					

2000年12月25日

ATENÇÃO

ATENÇÃO
- Sua unidade também pode ser utilizada para a realização de cursos de curta duração.

Falsitas est in mundo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 011461179933
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA REG/PRE 2014/04/02 2014
0080429317-1 00/00000000 2014

DIMAS FERREIRA ARAUJO

CPF/CNPJ 35224096472 PLACA MMV7934/PB
NOVO PB 9C2JC30103R221904

PAS/MOTOCICLETA GABODINA
HONDA/CG 125 TITAN KS 2003 2003

CPF/ROT/CL 202/124/CI CATEGORIA PARTIC PARCIC VERMELHA
DATA REG/PRE 29/04/2014

IPVA/PAGO EM 29/04/2014
PREMIO TARIFARIO 100

REST. BEN. TRIBUTARIO
SEGURO P A G O 29/04/2014

DESTERRA - BICOL 9440
DATA 29/04/2014
41033

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
AUTOMÓVEIS DE TRÁFICO - PRE-RECEITA
HOMOLOGAÇÃO DO VOTO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011461179933 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
35224096472 HONDA/CG 125 TITAN KS
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1504

CPF/CNPJ 35224096472 DATA EMISSÃO 2014 29/04/2014
PLACA MMV7934/PB

NOVA/CL 9C2JC30103R221904
HONDA/CG 125 TITAN KS 2003

PREMIO TARIFARIO

PREMIO DO SEGURO 100
SEGURO P A G O 29/04/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

41033-1055378-20140429





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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA 01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA 11.10.18

Data: <u>11/10/18</u>	Ocorrência nº: _____	Paciente / Usuário: <u>Ismael Ferreira Timóteo</u>	Idade: <u>38</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local de Ocorrência: <u>suposto A.B.O. em Teixeira</u>		Sobrio: _____	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"/> Focou no 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/OTERRAMENTO	<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 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 certo contuso em joelho D, RNC

DADOS VITAIS:

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

H g _____ < 90 mm H g _____

P.A.: 100 x 70 FC: FR: 71 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: 143 mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 93 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

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

REVISADO
EM _____

INTERVENÇÕES:

Verificados SSUV, ANP com SRL 1000 ml, imobilização em prancha rígida + colar cervical, O2 por MV-D.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino 38 anos, com RNC, Glasgow 11, hábito etílico, vítima de queda de moto, supneco com ferimento certo contuso em joelho D. A VTR foi acionada para apoio a USB30, sob orientação do MT realizou as intervenções e encaminhado ao HRP.



02-522 500-111

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

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR / VTA / VTE



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:

Úlcera de útero (metastática)

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

☒ FUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL

☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☒ OUTROS: *Resposta rápida*

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1000 mg (KCl)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Paciente obesa, ginecologia. Em exame físico. Dor abdominal no lado direito.

Acetaminofeno 500mg, 1000mg.

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: *João Almeida* CRM: *3441/105* MAT.: _____

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

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

CONDUTOR: *João Almeida*



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180506777
Vítima: 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

Pag. 00559/00560 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13532015





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>13/03/13</u>	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE / USUÁRIO: <u>ISMAR FERREIRA TIMOTI</u>	IDADE:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>SR ENTRE TEIXEIRA e</u>	Bairro:	MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. ALONSO</u>		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIRO <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <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 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"/> DESABAIMENTO/OTERRAMENTO	<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 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 RESPIRATORIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

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

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: USA 01 / HRP RESPONSÁVEL: Dr. ALONSO FUNÇÃO: ENFERMEIRO

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

PACIENTE DETOURENTO, BAIXA SATURAÇÃO, ALCOOLIZADO, LESTE NO MID

DADOS VITAIS:

VVAA: 2 LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 110 X 60 FC: 65 TEMP.: 36.5 °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2 83% SpO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracriadora Diminuída ☒ Comunicação verbal Prejudicada ☒ Confusão Aguda ☒ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade 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 ☐ 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 ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SF = 1000 ml + MÁSCARA O2 + IMOBILIZAÇÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, DETOURENTO, ALCOOLIZADO, BAIXA SATURAÇÃO, NÃO DEAMBULA, LESTE NO MID, MEDICADO E IMOBILIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRANSPORTADO PARA A UCA 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/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ 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 ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ 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 (GABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____

R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): _____

COREN: _____

MAT.: _____

X. TÉCNICO DE ENFERM.: _____

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 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



SUS **tip**

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO O AMBULATORIAL

CNEB: 2603473

CNPJ: 08.776.266/0023/70

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEPARTAMENTO GARMENHO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Agência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Cidade: VERMELHA

Transporte: SAMU 192

Origem: VIA PUBLICA

Acidente: ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Reg. N. Enc. N

Nome Social:

Filiação I: ENEIDIA TEMOTEO

Nascimento: 24/7/1979

Idade: 38

Cor: PARDA

Profissão: AGRICULTORA

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: VILA FELIX

Cidade: TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706

CNPJ: 706-3127-4588-8972

Matr.: 245594

CPE:

Assoc. RICHARDO

Reg. Matr.: 33407

Data / Hora: 13/02/2018 11:15:59

ASS. PACIENTE: JACQUELINE

Ass. Responsável:

PESO: 59,33 kg PA: 100 x 10mmHg TEMPER: 36,3°C

ANAMNESE EXAME FISICO (SINCRONIZADO) HGT 343mg/dL

Leite diluido de dentro do frasco
Feixes e flocos = nov. len.
Alcobaça. LÊN em 20-40 (B)
A púrpura
MAN B CUBA de 60m

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H11 M125 A púrpura

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO DESCRITO

Cid

FC
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
Temperatura 36,3°C
Pulso 70 bpm

OBSERVAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO

Médico / Cid / Cns

RAUL LOPES DE MEDEIROS PEREIRA LIMA - 4821 - 125-3270-7448-0005

CSU

CARACTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELEITIVO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS, CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	1	0	6	0	0	3	9
2.										
3.										

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

☒ INTERNAÇÃO ☐ ALTA A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ ÓBITO ☐ ALTA MÉDICA

☐ TRANSFERÊNCIA

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

REVISADO

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

Data: _____ Hora: _____

19/07/18

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação

19/07/18 em 14h:30 min - Orientação





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

Cod. Intern. 29199

Prontuario: 73634
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: VERMELHA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA

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

Reg. N. Enc. N.

Servidor do Dr.:

Paciente ISMAR TEMOTEO FERREIRA

Idade: 38 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I ENEDINA TEMOTEO

Filiação II ROMAO FERREIRA DE ARAUJO

Endereço

Cidade TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706

Endereço: RUA PROJETADA

Barro: FELIZ

Naturalidade: DESTERRO - PB

Fone: (83)99145-9956

Documentos

CNS: 708-3027-5598-6972

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 24/7/1979

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

Maria Ouncenda Silva Ferreira

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

17/03/18

Paciente "Ulceras no membro inferior direito há 5 anos"
Quemora com melancolia, cefaleia, agitação
psíquica e insônia. Foi avaliado por 2
neurologistas e não respondeu bem.

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

AO EXAME, EGA, GINECO, SPMS, CARDIOV
e OUTROS ADJUNTOS AO EXAME. AC: NORMAL.
ASPECTO GERAL, INSPEÇÃO E PALPAÇÃO GERAL.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

HP: TCC

POLITOMIA

Dr. Eduardo Nogueira
MÉDICO
CRM-PB 5004 - CRM-PR 0501

Diagnóstico:

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: 02 / 02 / 18

Hora: H Min

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

Médico/CRM

Dr. Denilson Pereira de Azevedo
Médico CRM / PB 5154

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

YATIANNY





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Ismael Tenório</u>	
DA CLÍNICA <u>Neurologia</u>	ENFERMARIA <u>6º</u>
A CLÍNICA <u>Cirurgia Geral</u>	LEITO <u>05</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>DEBILIDADE, DISQUEIA, DOR NASCIS</u>	
<u>21/03/18</u>	<u>Dr. Alexandre Firmino</u> Neurologia Clínica CRM 5724
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
<u>Adquirir Flutuo /</u> <u>Irregular</u>	
<u>Sem sinais de</u> <u>Incontinência urinária</u>	
<u>Apel</u>	
<u>2/10/05/</u>	<u>Dr. José Vanderlito Alves</u> CRM-PB 2930
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



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
Enfermaria: SAO JOSE Leito: 6/05

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Materia: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm ³	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Eritrócito:	5.320.000 /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 u ³	80 - 98 u ³	80 - 98 u ³
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

		Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm ³
Leucócitos Totais	18.200	
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0 a 1
Bastonetes	2	0 a 5
Segmentados	69	40 a 70
eosinófilos	2	0 a 5
Basófilos	0	0 a 1
Linfócitos		
Típicos	22	20 a 35
Atípicos	0	
Monócitos	5	2 a 10
Observação Série Branca:		

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 409.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

Livina Saldanha
Biomédica
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
- Urianálise
- 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. Waldicleia Soares Pereira
Biotécnica - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
CRM: 2305 - 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





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
Conexão: ---

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

Normais: de 15 a 40 mg/dL

CREATININA: 0.9 mg/dl

Valores de Referência:

menores a 1 ano: 0,1 a 0,3 mg/dL

a 13 anos: 0,1 a 0,8 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. Wald-Orlando Soares Ferreira
Biotecnico - Membro de Sociedade Brasileira de Microbiologia
SBAC 1205 - CEP-PB 5854

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 99131468 e 34215469





Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Ismael tenório Ferreira:
laudo laudo: DE SAT

Atestado pl denúncia trai
que a MAN enunciado se sub
minha responsabilidade medica
sequela de Traumatismo Crânio
no que morte sem Aggravante
episódios de Epilepsia Ramona
ou ou medicamento
cu 506
642
21/09/18

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

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





Dr. Alexandre Firmino

CRM - 5724

Isom tenis Tennis

Vs oml:

HIDRONE 123

Toma 3/26

21/09/18

Dr. Alexandre Firmino
Neurologia Clínica
CRM 5724

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: 58.735-000 CIDADE: TEIXEIRA

UF: PARAÍBA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

R. G.:

ORG. EMISSOR:

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

PACIENTE: Ismael Tenório, Ferreira.

ENDEREÇO:

R. Proprietário.

PRESCRIÇÃO:

100mg - 2x.
100mg - 2x.
100mg - 2x.

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA 24.09.2018

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

Ateliê Legitimidade dos Selos: CNPJ 24.728.320/0001-01 - Rua Doutor Paulo Ferreira, 70 - Centro - 51100-000 - PE - 11ª VIA - FARMÁCIA 12ª VIA - PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME COMPLETO: <u>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA-PB</u> FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA-PB CNPJ: <u>11.229.326/0001-01</u> ENDEREÇO COMPLEMENTO E TELEFONE RUA JOÃO PESSOA, S/N CEP: <u>58.735-000</u> CIDADE: <u>TEIXEIRA</u> UF: <u>PARAÍBA</u>		PACIENTE: <u>Isabel Tenório 5230.63</u> ENDEREÇO: <u>Rf. Projeto 2</u> PRESCRIÇÃO: <u>Fludonaf 100 mg - 7 ed</u> <u>Fluor. comp. do 08 mar</u> <u>2002</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: _____ R. G.: _____ ORG. EMISSOR: _____ ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR DATA: <u>21.04.2002</u> ASS. DO FARMACÊUTICO: <u>OFFICINA LARISSA MACHADO</u> ASS. E CARIMBO DO MÉDICO: _____ 1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE	

Ateli Lujanny Medeiros dos Santos - C.R.P. 2. 38.725.321/0001-58 - Rua Dourado Pedro Fátima, 70 - Centro - Paraíba - CEP: 58.052-2017



Cliente

** Titular

ISMAR TEMOTEIO FERREIRA

Agência

1156-8

Conta

28.309-5

Vencido

51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
30/09/2018		Saldo Anterior			0,00 C
08/10/2018	08	502-Deposito Em Dinheiro	1156-8	16.710	2,00 C
S A L D O					2,00 C
VALOR BLOQUEADO					0,00 D
DISPONIVEL					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 SEGURANCA SAO SINONIMOS DE POUPANCA BB.NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JA.

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 5578
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088

