
Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279842

Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279842

Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279842 **Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO**

Data do Acidente: 12/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00505/00506 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14328312

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279842

Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001100

Conta: 0000035259-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

132.646.234-20

Nome completo da vítima:

GERCINO ARAÚJO DA SILVA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS É FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

GERCINO ARAÚJO DA SILVA NETO

CPF: 132.646.234-20

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

SÍTIO CACHOEIRO DOS BARBOSA

Número:

311

Complemento:

CASA

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

JUAZÉ TÁVORA

Estado:

PARAIBA

CEP:

58.387-000

E-mail:

gercinoneto99@icloud.com

Telefone (DDD):

(83) 981171307

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 400

2

CONTA:

35259

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

JUAZÉ TÁVORA 02/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: CLEÓPATRA MARTINS DA SILVA

CPF: 066.606.864-01

Assinatura

2º Nome: ARLINDO FIRMINO DE ANDRADE

CPF: 414.726.404-20

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 132.646.234-20 CPF da vítima: 132.646.234-20 Nome completo da vítima: GERCINO ARAÚJO DA SILVA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: GERCINO ARAÚJO DA SILVA NETO CPF: 132.646.234-20

Profissão: ESTUDANTE Endereço: SÍTIO CAHOEIRO DOS BARBOSA Número: 311 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: JUAREZ TÁVORA Estado: PARAIBA CEP: 58.387-000

E-mail: gercinometa99@icloud.com Tel (DDD): (83) 981171307

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 100 2 CONTA: 35259 2

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Declaração de inexistência de IML

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JUAREZ TÁVORA 02/04/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gercino Araújo da Silva Neto
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CLEÓPATRA MARTINS DA SILVA
CPF: 066.606.864-01

Cleópatra Martins da Silva
Assinatura

2ª | Nome: ARLINDO FIRMINO DE ANDRADE
CPF: 414.726.404-20

Arlindo Firmino de Andrade
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvitoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nasciturnos (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000035259-2

Nr. da Autenticação 9F0110504E24578A

Comprovante de residência



SEVERINO ALVES
ST. CACHOEIRA BARBOSA BAIXO, S/N. ARE. RURAL
ANGA / PB CEP. 58290000 (U.O. 11-2)

Localidade MONOFÁSICO
Cidade: RUA NTC 02 / RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Rua nº: 16 - 05 - 781 - 280 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00000454004 Emissão: 26/03/2019

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
P-230 Km 25 - Caixa Postal - João Pinheiro / PB - CEP 08071-680
CNPJ 09.955.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.83740

Atividade: Comércio de Energia Elétrica Nº 022-433-076
Cód. para 06h. Ant. emite: 000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mar / 2019	28/03/2019	25/04/2019	019.137.734-16 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/493530-0

Canal de contato

Com a leitura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo e qualquer momento é possível obter um comprovante de residência no modo. Entre em contato com um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/02/19	32703	26/03/19	32411	1	142	28

Demonstrativo							
Det	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor
				Anterior	Atual	Diferença	Consumo
				Valor	Valor	Valor	Valor
				Anterior	Atual	Diferença	Consumo
0001	Consumo em kWh	148,000	0,580050	85,84	85,84	25	21,45
0010	Subsídio			36,79	36,79	25	8,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			3,14	0,00	0	0,00
0901	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 03/2019			3,00	0,00	0	0,00
0908	Devolução Subsídio			-75,92	0,00	0	0,00

COD. Código de Classificação do Rem. TOTAL: 102,28 122,82 20,55 122,82 121 5,04
Taxa de Tributo: 0,400240

Medida últimos meses (kWh): 204
VENCIMENTO 02/04/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 103,38

Histórico de Consumo (kWh)

185	185	184	180	180	185	180	185	205	210	241	174
Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19

RESERVADO AO FISCO

ed22.1bdo.5b8a.c23e.5fb1.fc24.de75.9b75.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITIZADA	11,45	0,00
DIGITIZADA	22,89	0,00
DIGITIZADA	45,89	0,00
DIGITIZADA	7,85	0,00
DIGITIZADA	15,16	0,00
DIGITIZADA	20,32	0,00
DIGITIZADA	6,22	0,00
DIGITIZADA	16,80	0,00

Comparação do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	21,02	20,36
Serviço de Energia	25,92	25,00
Serviço de Transmissão	5,21	5,11
Encargos Setoriais	4,32	4,21
Impostos Federais e Estaduais	41,14	39,78
Outros Serviços	2,60	2,55
Total	103,28	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2018) R\$ 52,77

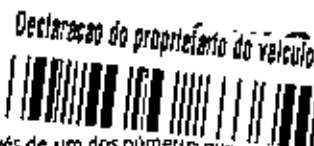
ATENÇÃO

Subvenção DEC. 7 63/11 R\$ 25,38

Conta Serviço HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (03) 055-8771

O cancelamento da cobrança do consumo e a emissão da fatura são feitos automaticamente e não podem ser solicitados à equipe de atendimento ao cliente.

Faturas em atraso



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-91-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

Eu, JOSEFA ANDRADE DE BARROS
RG nº 3.661.120, data de expedição 26/05/2008
Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 092.182.057-73
com domicílio na cidade de JUAREZ TAVORA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOSÉ ALVES CHAVES, nº SIN
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
GERCIANO ARAUJO DA SILVA NETO, cujo o condutor era
GERCIANO ARAUJO DA SILVA NETO
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BROSSES Ano: 2012
Placa: DFG 0375 Chassi: 9C2KD0550CR595668
Data do Acidente: 12/10/2018

Local e Data: JUAREZ TAVORA 02 DE ABRIL 2019



Josefa Andrade de Barros

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TAVORA - PB
Av. Adolpho Pereira de Melo - 800 - Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartoriocivil@juarezta.com.br

RECONHECIMENTO

Reconheço a (s) firma (s) de Josefa Andrade de Barros

Como: ☐ Sinal Público ☒ Autenticidade ☐ Semelhância

Juarez Távora, PB 02.04.2019

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº AIH15009-VEVD

Consulte a autenticidade <https://selodigital.pb.gov.br>

Cartório do Registro Civil
Ivo Alves de Melo e Melo
ESCRITÓRIO
JUAREZ TAVORA - PB



ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 17698753/0001-1 TEL: (83) 3273-2240

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA – SAMU 192
ALAGOA GRANDE- PB**

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o Sr. GERCINO ARÚJO DA SILVA NETO foi atendido no dia 12/10/2018 pela Unidade de Suporte Avançado de Vida deste serviço, vítima de colisão moto x animal, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando provável fratura em MSE e com sangramento ativo em região calcânea E, realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande/PB para avaliação radiológica e possível tratamento.

Alagoa Grande, 11 de fevereiro de 2019.

Coordenador - Samu
Ítalo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1752802 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB - CEP: 58852-809 Data: 12/10/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Perreira Araujo

PACIENTE: GERCINO ARAUJO DA CEP: 58387000 Nascimento: 26/01/1999

SILVA NETO

Endereço: CACHOEIRA DOS BARBOSAS

Cidade: Juarez Távora

Nome da Mãe:

Responsável: MARIA ELIZABETE

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

Sexo: M

Idade: 019

RG:

CPF:

Data de

Atend: 12/10/2018

Hora: 20:54:27

CRM:

Telefone: 96115613

Bairro: SITIO

Nº 0

Profissão: ESTUDANTE

CNS: 706802258537424

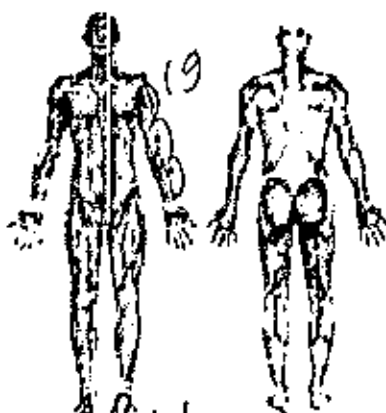
CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente no lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Escala óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empelamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrquia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Peroste |
| 14. F. Corticost | 32. Paroxetia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

POU...

EXAME PRIMÁRIO - DADOS G

TCOS

Paciente vítima de acidente moto: animal no encosto de 2 horas
Transportado pelo SAMU em prancha virgida e uso de colar
cervical. Repete náuseas em uso de oxigênio por um
rato perdeu a consciência e não apresentou vômitos.
Repete dores em braço e perna E.

ALERGIA:

nao

MEDICAMENTOS:

nao

PATOLOGIAS:

nao

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☒ Pisocóricas ☐ Anisocóricas ()

Glasgow 15

PA

HGT:

SatO2

A: Lúas arítes púvins, edema consueal, indolência palpaoes.

B: mba em RAI, ol RA tórax indolência palpaoes

C: ausência de mancha de alveo, ulcero, RER em 21, PNT A/A.

D: consueal, consueal

E: Jaccasas profunda em pe E.

Abdome: indolência palpaoes.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. Ruy... / as Dia / /

Especialista: / as Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Diplo no no 3g + AD EU	12/10/18
2	TIA 1/1 20 mg + AD EU	12/10/18
3	DEAVALUADA de unguia mpe	12/10/18
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
Cirurgião Geral
CRM: 58852-809

RAIO X
REALIZADO EM:
12/10/18

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Carleino Araújo da Silva Neto</u>						DN: <u>26/04/1994</u>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	<u>Sala, 03</u>	<u>SJS</u>	<u>19a</u>	<u>1752802</u>			
CIRURGIA				CIRURGIÃO			
<u>Simplificação e Fixação</u>				<u>Dr. Renato</u>			
ANESTESIA				ANESTESIA			
<u>Puncional com Fios</u>				<u>Dr. Thiago</u>			
<u>Raque</u>				<u>25m</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
		<u>13/10/15</u>	<u>00:30</u>	<u>03:20</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ O ₂		Catgut cromado Serlix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix		
<u>02</u>	<u>Dimpol amp.</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dofantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serlix		
<u>01</u>	<u>Ekane ml</u>		Dreno		Catgut Simples Serlix		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix		
	Fentani ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Proloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quetich ml		Gase Pacote cl 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	<u>01</u>	<u>Mononylon 2-0</u>		
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix		
<u>02</u>	<u>Água Destilada amp.</u>		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix		
<u>01</u>	<u>Decadron amp.</u>		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix		
<u>02</u>	<u>Dipirona amp.</u>		Luvas 7.0		Vicryl Serlix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serlix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPi Degemante ml				
	Heparema ml.		PVPi Tópico ml.	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coleior		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrofnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringi fr 500 ml		
	Profamina		Seringa desc. 05 ml	<u>01</u>	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda	<u>02</u>	<u>SE 0910 PL. Látex Parafinado</u>		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
<u>02</u>	<u>Cefazolina 1g</u>		Sonda Nasogátrica	<u>02</u>	<u>Fio de KLC 2,5</u>		
<u>02</u>	<u>Insulina</u>		Sonda Uretral nº				
<u>03</u>	<u>Insulina</u>		Steridren ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Látex				
	Agulha desc. 3 x 4,5		<u>02</u> <u>Bisturi</u>				
<u>01</u>	<u>Agulha p/ raque nº 2</u>		<u>02</u> <u>Agulha de Fio</u>				
<u>02</u>	<u>Álcool de Enfermagem 70%</u>						
	Álcool Iodado ml						
<u>03</u>	<u>Ataduras de Cremon</u>						
<u>02</u>	<u>Ataduras de Gessada</u>						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|---|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ Foco Auxiliar |
| ☐ Serra | ☐ Eletrocautério |
| ☐ Desfibrilador | ☐ Oxícapnógrafo |
| ☐ Foco Frontal | ☐ Cardiomonitor |
| ☒ Fonte de Luz | ☒ Perfurador Elétrico |

Adm. Cirurg. Geral
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

DW
26.0199

1600-1650

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

10256

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (+) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico



Nome do Paciente <i>Germino Araújo da Silva Neto</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>13/10/18</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Renna Gomes</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Ráqui.</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do talus (E)</i>			
Tipo de Operação <i>limpeza cirúrgica + fixação percutânea com fios Kirschner.</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
- Paciente em D.O. sob anestesia
- Assépsis + Antimépsis.
- Passagem de garoto pneumático.
- Abordagem de fratura exposta do lobo do talus Esquerdo
- Realizada a limpeza cirúrgica - cirúrgica abundante com soro fisiológico.
- Redução da fratura e entalhe com os fios Kirschner 2,5mm Cruzados
- Controle da redução sob radioscopia.
- feitura do fechamento
- Curativo Estéril
- Tala Bóia
- Retirada do Garoto.

Dr. José Renna Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8941 / CRM-PE 2143
...TEOT 18252



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gerson Araujo da Silva Neto		
End:	R - Sitio Cadeira dos Banhos	Bairro:	Parque Tavares
Data de Nascimento:	26-04-99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atend.:	12-10-18
		Hora:	20:30
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Agamenon Lima
COREN-PB 71631-EM



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO

IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO

Paciente: Genesio Paizo da Silva

Sexo: ☐ Fem ☐ Masc. Idade: _____ Peso: _____ kg Data de Nascimento: ____/____/____

Hospital: _____ Apto: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Recebeu Transfusão: ☐ S ☐ N ☐ Ignorado Quando? _____ Onde? _____

Interação: ☐ Particular ☐ SIH - SUS - nº AIH _____ Prontuário: _____

☐ Convênio: _____ (NOME E Nº DO REGISTRO)

Hemoglobina: 7.0 g% Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ / mm³

Diagnóstico e Indicação Clínica: FX de Vento

Distúrbio de Coagulação? _____

Cirurgia Proposta: _____

ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE

TIPO DE ATENDIMENTO:

TRANSFUSÃO:

	PROGRAMADA (Para determinado dia e hora)	NÃO URGENTE (A se realizar dentro de 24 horas)	URGÊNCIA (A se realizar dentro de 3 horas)	EXTREMA URGÊNCIA (Vide Verso)
<u>100</u> ml de Concentrado de Hemácias		<u>X</u>		
_____ ml de Plasma Fresco Congelado				
_____ Unidades de Concentrado de Plaquetas				
_____ Unidades de Crioprecipitado				
_____ ml de Concentrado de Hemácias Lavadas				
_____ Plaquetaférese:				
_____ Outros (Especificar)				

MÉDICO SOLICITANTE:

DATA:

Dr. Schubert Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 6623

Nome Legível e CRM ou Carimbo

ASSINATURA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO

IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO

Paciente: Guilherme da Silva

Sexo: ☐ Fem ☒ Masc. Idade: _____ Peso: _____ kg Data de Nascimento: 1 / 1 / _____

Hospital: Prémio Apto: C12 Enfermaria: 1 Leito: 4

Recebeu Transfusão: ☐ S ☐ N ☐ Ignorado Quando? _____ Onde? _____

Interação: ☐ Particular ☐ SIH - SUS - nº AIH _____ Prontuário: _____

☐ Convênio: _____ (NOME E Nº DO REGISTRO)

Hemoglobina: 7,0 g% Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ / mm3

Diagnóstico e Indicação Clínica: Resumo de Sangue

Distúrbio de Coagulação? _____

Cirurgia Proposta: _____

ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE	TIPO DE ATENDIMENTO:			
	TRANSFUSÃO:			
	PROGRAMADA (Para determinado dia e hora)	NÃO URGENTE (A se realizar dentro de 24 horas)	URGÊNCIA (A se realizar dentro de 3 horas)	EXTREMA URGÊNCIA (Vide Verso)
<u>600</u> ml de Concentrado de Hemácias	<u>24.10.18</u>			
_____ ml de Plasma Fresco Congelado				
_____ Unidades de Concentrado de Plaquetas				
_____ Unidades de Crioprecipitado				
_____ ml de Concentrado de Hemácias Lavadas				
_____ Plaquetaférese:				
_____ Outros (Especificar)				

MÉDICO SOLICITANTE:

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Nome Legível e CRM ou Carimbo

DATA:

23/10/18

ASSINATURA

PACIENTE:	GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO
DATA DO EXAME:	12/10/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, sem evidências de cálculos em seu interior.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

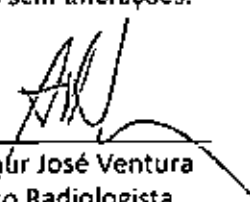
Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações.


Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	GENILMO ARAUJO DA SILVA NETO															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

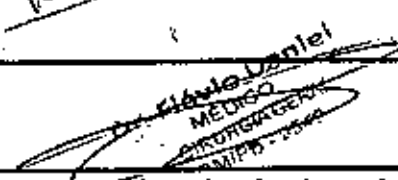
MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Ulg

Faz

Rece 12/10/18

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Flávio Daniel MÉDICO Cirurgião Geral CAMPUS - 2018
DATA: 12/10/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO Protocolo: 0000432516 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 24-10-2018 06:18 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENT 01 - L04

URÉIA

[DATA DA COLETA: 24/10/2018 11:42]

Resultado..... 39 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 24/10/2018 11:42]

Resultado..... 1,1 mg/dl

Referencia: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças... 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos... 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração
da Creatinina e Sumário de
urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
diuréticos e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 NIEHR

Lilie Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 24/10/2018 11:56 - página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6D48-FFCD-D4B3-E4D6-4D5E-96C0-D55E-7E00



Laboratório J
INovaVia



LABORATÓRIO J

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua da Universidade, 1000 - Fátima - 51.000-000 - Recife - PE

Sr(a): GERCINO ARAUJO DA SILVA Protocolo: 0000431862 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): WAGNER FALCAO Data: 19-10-2018 11:29 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: EXT 01 - L04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 19/10/2018 11:28]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.82 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	7.0 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	21.0 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	74 fL	82.0 a 99.0 fL
H.C.M.....	25 pg	27.0 a 32.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.9 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.500 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 a 12.000 /mm ³
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2.0	130	
Segmentados.....	75.0	4.875	40 a 70 % - 1.800 a 2.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1.0	65	0.5 a 6.0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2.0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	18.0	1.170	20 a 45 % - 1.000 a 2.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	4.0	260	2.0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	180.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura digital]
Luis Araujo Costa
Coordenador de Laboratório

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FD94-C38F-43D7-8ED9-114A-C359-6EC4-20DF



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO Protocolo: 0000432516 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ Data: 24-10-2018 06:18 Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 01 - L04

HEMOGLOBINA 9.9

[DATA DA COLETA: 24/10/2018 06:17]

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g/dl

Masculino: 13.5 - 18.0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 29.7 %

[DATA DA COLETA: 24/10/2018 06:18]

Material: Sangue

Método: Wintrobe

Valores de Referência:

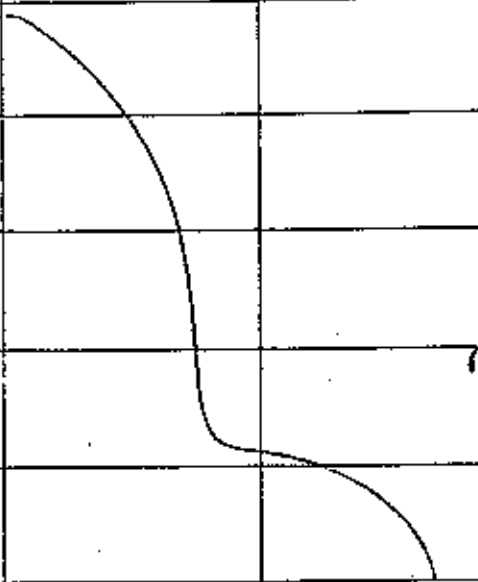
37 - 47 % (Wintrobe)

Carlos Felipe Souza da Silva
Biomédico
CRM 3405

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A2AA-6F98-AF8C-7AD0-9E1F-4022-D59F-B4CB



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Dr. Taylor Oliveira
MÉDICO
CRM 10.111

*Alta
RPA*

Assinatura do anestesista



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:

Georgino Araújo da Silva

PRONTUÁRIO

IDADE:

SEXO

M ☐

F ☐

COR:

B ☐

P ☐

A ☐

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO

DADOS CLÍNICOS:

Controle pós-op.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Pe. (E) AP / Perfil Anterior
e. Oblíquo.

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

13/10/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. José Rômulo Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8721 / CRM-PE 21437
TEOT 15262

Dr. Euler Ricardo A. Cruz
MR. ORTIZ DE LA TRINIDAD
CRIM. PS. 92C



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	[Handwritten Name]										PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐				GERAL	1	4			

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
[Handwritten Date]

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

[Handwritten: Rolo TDR D]

[Circular Stamp: Dr. Edson Costa, Esp. Traumatologia, Cirurgia da Coluna, CRM 5523]

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	18/10	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

PRONTUÁRIO

NOME:

GENILINO AMARO DA SILVA NETO

IDADE:

SEXO

M

F

COR:

B

P

A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEIT

DADOS CLÍNICOS:

Re braço AP/P (REPETIR)
Re tornozelo AP/P

RAIO X
REALIZADO EM:
12/10/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Re braço AP

Dr. André Wanderley
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Cirurgia de Ombro
CRM 5625-PB

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio X ombro E

AP/OBliqua

- Raio X TO OMBRO AP

- Raio X DE Ombro Antero AP/P Axial

- Raio X DE Ombro E AP/P

- Raio X Ombro E AP/P

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 12/10/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Ennio
MÉDICO
Cirurgia Geral
CRM/PB - 9549

 GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fax Office de Mexico 5

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gersones Paulo da Silva	Alojamento		Leito	4	Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25.01.8	(1) Dexam. 0,5 RPA (2) SRI 1000 ml IV 24h (3) Clindoc. 600 mg IV 6/6h (4) Guedo 240 mg IV 12/dia (5) Dipirone 1g + AD IV 6/6h (6) Folic. 20mg + AD IV 12/12h (7) Omeprazol 20mg VO jejum (8) BSVV P.CC66	CIV Nº 22 / 06 20 22 / 06 22 06	POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO CD: VPM 1 B- Dr. Eder Estácio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9807
	Dr. Eder Estácio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9807		
25/1/8	A(92) 11/2/8		
	Dr. Wagner P. Lima OROPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		

40
PP 10-26

after some 24 hours

5088.341 PI
which is the same as the

number of the

which is the same as the
5088.341 PI

which is the same as the
5088.341 PI

10
5088

10

10

10 — 10

0.5 20

10

0 10

10
10
10

10
10

10 — 10

10
10

10 10 10

10 — 10

10 10 10
10 10 10
10 10 10

10 10 10
10 10 10

10 10 10

10

24.10.2018
 H: 19:30
 PA: 120 x 80

Pe. Estável.
 segue mé-
 decado cpm
 e aos cuida-
 dos da equi-
 pe de enferma-
 gem.

Morgana Maria Alves da Silva Gomes
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PB 001764965

Clínica de enfermagem

24.10.2018
 H: 19:30
 PA: 120 x 80
 Pe. Estável.
 segue mé-
 decado cpm
 e aos cuida-
 dos da equi-
 pe de enferma-
 gem.

25.10.2018
 6hs -
 Pe. Medicado cpm
 e aos cuidados
 da equipe de
 enfermagem.

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Germino Araújo da Silva Neto</u>	Idade: <u>59 anos</u>
Convênio: <u>Pront: 4752802</u>	Data: <u>24/10/18</u>
Procedimento: <u>Exatúra de úlcera</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Aristides</u>	Auxiliar: <u>Dr. Eulir</u> <u>Dr. Uiray</u>
Anestesista: <u>Dr. Karol</u>	
Início: <u>14:00</u>	Término: <u>17:20</u>
Anestesia: <u>Geral + Bloq. de plexo</u>	

[illegible][illegible][illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>GRUPO AMUP da Silva UNO.</u>			IDADE: <u>18</u>	SEXO: <u>M.</u>	COR:
DATA: <u>04/10/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASIA	BRONQUIE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <u>consciente, orientado</u>			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						indução Sólida: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lemia: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
LIQUIDOS						MANUTENÇÃO <u>Dexametasona 10 mg</u> <u>Diprisona 2g</u> <u>Bromopride 10 mg</u> <u>Tenex 100 mg 40 mg</u>	
CÓDIGOS VR. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	PASV FC RADN					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
POSICÃO	DDH.					Com cânula: Pare o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:	
AGENTES	Propofol 200 mg, fentanil 200 mg, midazolam 20 mg.						
TÉCNICA	AGB					CÂNULAS: OC/aff.	
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura distal de úmero.						
QUIRÚRGICOS	Dr. Aristóteles.						
ANESTESISTAS	Dr. Kustimne						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	

Nome do Paciente <i>Gerônimo Araújo da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24.10.18</i>	Enf. <i>C112</i>	Leito <i>1-4</i>	
Operador <i>Dr. Aristóteles Queiroz</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Yuri (MR2)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Euler (MR1)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. Clavícula de membro superior</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sím</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Redução em DDH - sob anestesia ② Anestesia + antinevralgia + campo estéril ③ Incisão em M.O. de Belongero + drenagem por plano + hemostase ④ Redução incrustado do foco de fratura sob scope ⑤ Osteossíntese com placa DCP estéril 10 pinos sob scope + parafusos corticais ⑥ Tere FC + sistema + curativo
Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9207

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Cama	Convênio
Lorena Maria da Silva	2	4	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/10	1. Dieta Livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV Q6/Q8h 4. Titilil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron D1 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexant 40mg SC/dia SUSP 9. SSVV + CCQG	PA TA FC PR T _{ax}	Pronto socorro em atendimento em pronto socorro
	Pronta 600 ev atou Klarix 40mg ev para Icomenta de fêmeas. Risco e Sinais 600 L W	PA TA FC PR T _{ax}	
	Dr. Sebastião Costa Médico - Transmisorista Cirurgião do Coração CRM-SP 3623		Dr. Roberto Costa Médico - Transmisorista Cirurgião do Coração CRM-SP 3623

1440 de F-14

Geskin

~~CONFIDENTIAL~~

DIAGNÓSTICO

limpeta cirurgica + fixação
prótese

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS				EVOLUÇÃO MÉDICA
21/10	DIETA LIVRE					BEE, Endógeno, s/d, frequência
	SRL 1500ML EV P/ 24H					Diversa (1) Endógeno (1)
	CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H					
	GENTAMICINA 240MG + SF EV 1XDIA					col = UPM
	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H					Salicatos reconhecidos
	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN					de hemórricos (Hb = 7)
	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN					
	OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM					
	CLEXANE 40MG SC ÀS 20H					
	MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ PACIENTE					
	MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H					
	CURATIVO DIÁRIO					
	SSAV + CCGG					

1-4

LIMPEZA CIRURGICA + FIXAÇÃO
PERCUTANEA

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

20/10

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO N° 18 , *12 18 24 26* *1200 ml, GV 244*
- 3 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H *12 18 24 26*
- 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H (*Suspensão*) *12 18 24 26*
- 5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN *12 18 24 26*
- 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN *12 18 24 26*
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM *12 18 24 26*
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 21H *12 18 24 26*
- 9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
- 10 CURATIVO DIÁRIO *12 18 24 26*
- 11 SSVV + CCGG *12 18 24 26*
- 12 *Clindamicina 600 mg + 100 ml SF 0.9% EV 6/6H*
- 13 *Enferrina 200 mg EV de 24/244*

12 18 24 26

BEG, Estável, s/ distensões

diurese (+) evacuações (+)

cd. vpm

Dr. Y. M. P. A. S.

VP

12 18 24 26

18

12 18 24 26

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alcance	Leito	Convênio
14/10	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta			
2. SRL 1500ml EV/24h			
3. Expirone 02ML + AD EV 06/06h			
4. Tilatril 20mg + AD EV 12/12h			
5. Omeprazol 40mg EV/jam			
6. Tracmal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN			
7. Mausebron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clexane 40mg SC/dia			
9. SSVV + CCGG			
Clinda oral, ex atar			
Clinda oral, ex atar			

C-3-4

Genio Anglo

LEITO:

Fr exp. 1-4 (2)
Fr inner (3)

Dr. Y. W. H. David
 REGISTRAR, HONG KONG
 1911-12-10

[Handwritten signature]
Dr. Yvonne Paine
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF CALIFORNIA

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☐ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Oligossintomática

SINTOMAS:

☐ Cefaléia	☐ Tontura	☐ Síncope
☐ Dispnéia de esforço	☐ Grande	☐ Pequena
☐ Palpitações	☐ Média	☐ Ortopnéia
☐ Dor Precordial	☐ Tosse Seca	☐ Expectoração
Relacionada ☐ Esforço	☐ Típica	☐ Atípica
	☐ Emoções ☐ Erio	☐ Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica	☐ Hipertensão Pulmonar	☐ DPOC ☐ Outros
☐ Diabetes Mellitus	☐ Insuf. Cardíaca Congestiva	☐ Insuficiência Coronariana
☐ Arritmias	☐ Insuf. Renal	☐ Aguda ☐ Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☐ Alergia a Medicamentos:	☐ Tabagismo
☐ Etilismo	☐ Sedentarismo
☐ Dislipidemia	☐ Outros
☐ Cirúrgico	

Medicamentos em uso ☐ Não ☐ Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

☐ Estado Geral ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☐ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
☐ Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Fx esp. Jato (E)

Fx do/trauma Jato (E)

Paciente: Genivaldo Nogueira da Silva NetoAlojamento: 7Leito: 4Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/10	1 DIETA LIVRE		
	2 SRI 1500ML EV 24H		#ORTOPEDIA DEH
	4 DILIRONA 1G EV 6/6H		
	5 TRILATIL 20mg + AD - EV 12/12H - 1 dia 20mg + AD EV 12/12H		BEG esteira
	6 TRAMAL 100MG + 100MG 5 EV 8/8H SE DOR		sem mais dor
	7 NAUSEDRON 1FA + AD EV 8/8H		
	8 CLOXANE 400/50 1C/DIA		#CD - VPM
	9 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM		
	10 SSVV + OGG		
	11 Clindamicina 1g + AD EV de 12/12H (500mg)		
	12 Clindamicina 600mg + SFO 77.100ml EV de 12/12H		
	13 Fenjornumol 240mg EV de 24/24H		

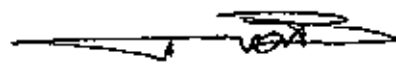
Dr. João José Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.005 / CRO 10.005-20

Dr. João José Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.005 / CRO 10.005-20



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

 6514

Assinatura do anestesista

13.10.18

Hr: 14:10

PA: 120x60

Pc: esteel reali-
zado os cuida-

mentos gerais.

Segue micado
epm e aos cuida-
dos da equipe
de enfermagem.

14.10.18 Pc. micado e em
6 hrs e aos cuidados da
equipe de enfer-
magem

Mariana Maria Alves da Silva Gama
Técnica de Enfermagem
CONEN-PB 001164965



14.10.2018

PM 13:25

Re. bem
Realizados
cuidados gerais.
Segue medicado
cpm e aos cui-
dados da
enfermagem.

15.10.18

6hs +

Re. medicado cpm
e aos cuidados
da equipe de
enfermagem.

12:20 PA= 100 x 90

Paciente estavel

realizando curativos

medicados cpm segue

ao cuidados de enfermagem

INSTITUTO SUCURU
TIC DE ENFERMAGEM
COREN RJ 37151

[Handwritten signature]
20/10/20

01/21

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

17.10.2018

Hr: 12:30

PA: 120x90

Pe. Tramqueilo. Realizado
Exatilo pelo, pem, pe
creções pem panais de
mteções.

Seque mteções cpm
e aos crecidos cpm
e que pe de mteções
maqm.

Seque mteções cpm
e aos crecidos cpm
e que pe de mteções
maqm.

01/11

18.10.2018

Hr: 6hs

Pe. Medicado cpm
e aos crecidos da
equipe de mte-
maqm.

9

20/10/18
18/10/18

18/10/18

18/10/18

18/10/18

18/10/18

18/10/18

18/10/18

18/10/18

PA: 320x40mm (M: 30/18)

Paciente encontra-se sem
alterações até o momento
FO limpa, febre evanescente, MERM
aos encucados da equipe.

Heromary Costa
Téc. em Radiologia
COREN-PB 001.250.574

P: 338 bpm
R: 32 mm
T: 35°C
SpO2: 99%
Diurese: Espontânea

19/10/18 10:00 PA 130x80 paciente estavel sudoroso eusaturado

Ana P. de Lima
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 001750-09

19/10/18 10:00 PA 130x80

Manoel Gomes Almeida
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 001750-09

Adriana Leite da Silva
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 901310

Manoel de M. Medeiros
COREN-PA 001750-09

Manoel de M. Medeiros
COREN-PA 001750-09

19/10

19/10/18 10:00 PA 130x80

19/10/18 10:00 PA 130x80

19/10/18 10:00 PA 130x80

19/10/18 10:00 PA 130x80

19/10/18 10:00 PA 130x80

20/10/18 09h P.A. = 130x80
Paciente evolui el ESR, com diurese,
normalizado, meliz. CCGG, monitorado
c.p.m. Carla

20/10/18 10h P.A. = 130x80
Paciente evolui monitorado qua-
lido, meliz. CCGG, monitorado c.p.m.
Carla

22
11
20

5/1/10

copy: NBN

Director General
Department of Health

Director General
Department of Health

Director General
Department of Health

4-4

11

21/10/18 14:05 PA=120x80

PC: Bem com curativo
com bom aspecto. tomou
BANHO NO LITO E SEGUIR
EM CUIDADOS.

Marilda do N. Medeiros
coordenadora de enfermagem
21/10

22/10/18 06:20

Paciente evoluir, estável,
realizado medicação com
segue as cuidados da
enfermagem.

Marilda do N. Medeiros
coordenadora de enfermagem
22/10

$$\frac{22}{10} \text{ PA} = \frac{100}{80}$$

Realizados assis
e cuidados.

F. O. limpa, segue as
unidades da Equipe

23
10
2018

PA (120x90)

Paciente, consciente, orientado
realizado curativo, medicado
cpm. segue as cuidados da
enfermagem.

Marilda do N. Medeiros
COREN-PA 001175920-TE
LM

PA (120x80)

Paciente estóvel, consciente,
orientado, no monitor
tomado bolso de
Hemóctes, sem queixas,
no monitor 1 segue
as cuidados da
enfermagem.

Marilda do N. Medeiros
Téc. enfermagem
COREN-PA 759 183

[illegible]

Chief of Police

4/14/11 to 7 + 1000 sq ft

10/10

Quinn Smith

(12) 1000 sq ft
to Quinn Smith

REGISTRO GERAL

3.660.162

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/05/2008

NOME GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

FILIAÇÃO SEVERINO ALVES

MARIA ELISABETE DA SILVA ALVES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CAMPINA GRANDE-PB 26/04/1999

NASC.N.15771 PLS.67.V LIV.A.16

CARTORIO INGA.PB

ASSINATURA DO DIRETOR

DE 17/01/18 DE 2008/63

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

F.917

Gercino Araujo da Silva Neto

CARTORIO DE IDENTIFICACAO

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

132.646.234-20

Nome

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Nascimento

26/04/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação

CÓDIGO DE CONTROLE

51EE.DD75.68DA.9CA3

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria de Receita Federal do Brasil

às 15:35:36 do dia 20/05/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃS

DETRAN

L
A
C
R
E
0
0
3
8
1
0
7
5
3
8

DETRAN - PB Nº 014201910098
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 004917082700 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSEFA ANDRADE DE BARROS

CNPJ / CNPJ 09218205773 PLACA OFG0375/PB

PLACA ANT. / UF NOVO - PB 9C2KD0550CR595668

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

FAIXA L.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** [SEGURO] P.A.G.O 015/10/2018

OBSERVAÇÕES
A. F. ADM. DE, CONC. NACION. HONDA, LTDA

VALOR DO VALOR TRANSFERÊNCIA

JOAREZ TAVORA - PB 15/10/2018

40886 14460

CONTINUA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201910098 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/10/2018

VIA 1 CNPJ / CNPJ 09218205773 PLACA OFG0375/PB

RENAVAM 00491708270 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2012 CATEG. 9 Nº CHASSI 9C2KD0550CR595668

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTRAGÃO 15/10/2018

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

14460-1119390-20181015

DUT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279842 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA EXPOSTA DO TÁLUS ESQUERDO

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM ABAULAMENTOS. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE NO TORNOZELO ESQUERDO NA FLEXÃO DORSAL (DEFICIT DE 20 GRAUS). PACIENTE EM USO DE MULETA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/10/2018, COLISÃO MOTO-ANIMAL; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO E FRATURA EXPOSTA DO TALUS ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 25/10/2018 (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do tornozelo devido a limitação da flexão dorsal.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190279842**

Nome do(a) Examinado(a): **GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO CACHOEIRO DOS BARBOSA, S/N - ZONA RURAL - Juarez Távora - PB - CEP 58387-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3.660.162**

Data e local do acidente: [**12/10/2018**] **JUAREZ TÁVORA**

Data e local do exame: [**23/05/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO / FRATURA EXPOSTA DO TALUS ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM ABAULAMENTOS

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/10/2018, COLISÃO MOTO-ANIMAL; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO E FRATURA EXPOSTA DO TALUS ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 25/10/2018 (SIC). APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE NO TORNOZELO ESQUERDO NA FLEXÃO DORSAL (DEFICIT DE 20 GRAUS).

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE NO TORNOZELO ESQUERDO NA FLEXÃO DORSAL (DEFICIT DE 20 GRAUS).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

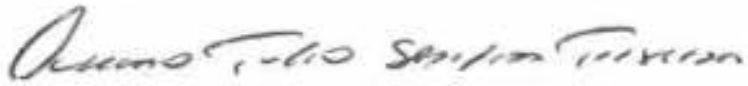
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

PACIENTE EM USO DE MULETA



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

Abstract

Emissão: 09/01/2018 Referência: Jan/2018
 Classe/Subject: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁS
 Potência: 4.41-640.730 / Nº medidor: 00028537803

ENERGIA PARA BA. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Km 26 - Santa Rita de Asis - RJ; Fone: 551-82 - CEP 50011-900
CNPJ 02.077.173/0001-42 N.º de Ent. 88.015.823-6

Help Forest Carbonate Energy Exports NEPA 226-846
Call para Dlt. Autorizacia: 0000-0000

Access: www.enr.org for

CPF/ CNPJ/ RA:

002,152,057.79

5/689028-9

Quem recebe a coisa de pur. Adoe e bicoz. comentes. não deve
e porta na cabeça aberta sem nécessidade. Por e por e
má modo de roupas poravel de uma só vez e não de pouco de
estilo as luzes do dia dos ambientes.

7891 DORÇAD HOSB TAL NAROL LAUFFRANO DINOIR

CONCLUSIONS

RS 48.16

08/02/2019
Histórico de Consignação (RPH)

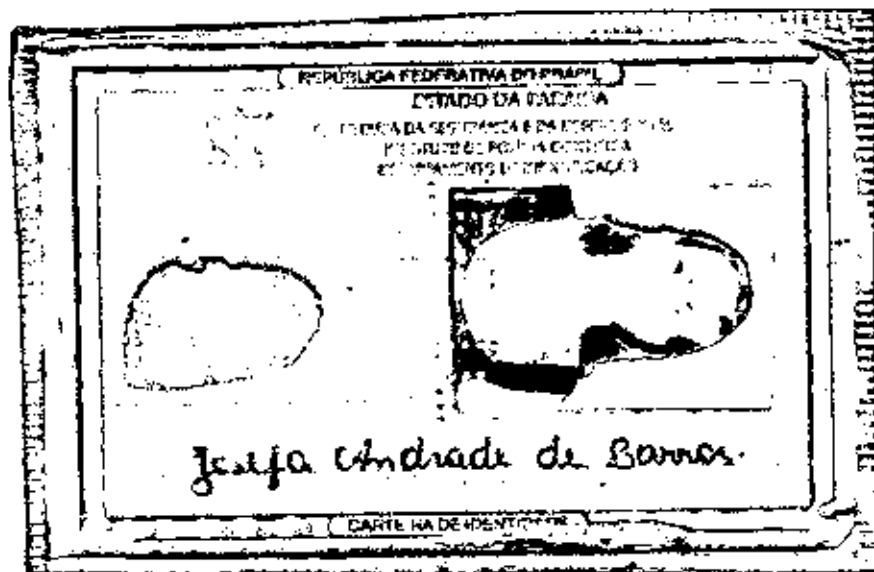
75 1 58 1 02 1 45 1 20 76 1 26 1 34 1 40 1 47 1 31 1 11
 Apr 18 1941 1942 Apr 18 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951

†e3a.449c.97bc.571f.b0b6.10e2.29d5 2518

Composição do Consumo

Desagregación	Valor (M\$)	%
Beneficio Neto de Operación	2.22	15.22
Gastos de Energía	2.22	15.22
Gastos de Mantenimiento	2.22	15.22
Gastos de Salarios	2.22	15.22
Gastos de Materiales y Suministros	11.55	80.61
Alquileres	10.00	70.78
Total	48.76	100.00

Federazione con il calcio



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.661.120 26/05/2008

JOSEFA ANDRADE DE BARROS

PLANOJO

JOÃO MAURÍCIO DE BARROS
JOSEFA IVONETE DE ANDRADE

NATURALIZADO

QUAREZ TAVORA-PE

DATA DE NASCIMENTO

07/04/1980

NASC.N.2209 FLS.189 LIV.A-03

CARTÓRIO JUAREZ TAVORA-PE

092.182.057-73

ASSINATURA DO DETENTOR

15/05/2008

Viter

ARILDO FIRMINO DE ANDRADE
RUA JOSE BARBOSA DA ROCHA, 325 - CENTRO
JUAZEIRO DO NORTE / PB CEP: 58267-000 (AG. 22)

Emprego: 22/02/2018 Referência: Fev / 2018
Classe/Grupo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B220
Roteiro: 15-41-870-4850 Nº medidor: 000013351E2

energisa

ENERGISA S.A. - SISTEMA DE ENERGIA S/A
R. Zé - Costa Rodolfo - J. P. Pires - PE - CEP: 58001-020
CNPJ: 06.956.183/0001-42 Ins. Est. 15.015.620-0

Nota Fiscal / Conto de Energia: 00000671169
Cód. para DTE: Autenticação: 0001000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Fev / 2018	22/02/2018	25/03/2018	414.725.404-00 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1298582-6

Canal de contato

Apresentar lizes dos postes de energia durante o dia
ou nas escaras à noite, informa à prefeitura da sua cidade
quando a iluminação pública é responsabilidade do município
e de toda cidade

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/01/18	Leitura 21249	Data 22/02/18	Leitura 22835	388 26
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Ab. Icos(R\$) Base Calc. Prop(R\$) Colig(R\$)	
Tributos T(ANEXO) ICMS(R\$) ICMS Pto(R\$) ICMS(R\$) ICMS(R\$) ICMS(R\$)				
0001 Consumo em kWh	388,000	0,847720	327,22 27 69,34 227,22 3,24 14,82	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0034 JUROS DE MORA 01/2018			0,01 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0006 MULTA 01/2018			5,62 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 334,95 327,22 69,34 227,22 3,24 14,82

Medida últimos meses (kWh) 230

VENCIMENTO 01/03/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 334,95

Histórico de Consumo (kWh)

398 | 352 | 335 | 319 | 276 | 252 | 295 | 292 | 304 | 415 | 395 | 379
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FISCO

3783.22a1.3258.a6c9.dfd3.74fd.5375.956a.

Indicadores de Qualidade 12/2018 - 9 meses				Comparação do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%
DACMENSAL	6,15	2,81	NOMINAL	220	78,31	23,89
DIC TRIMESTRAL	17,89				111,71	33,35
ENCARUAL	25,60				12,18	3,64
FTO MENSAL	2,28	1,00	CONTRATADA	202	16,62	5,00
FTO TRIMESTRAL	6,72		LAJE INFERIOR	231	114,22	34,10
FTO ANUAL	19,45		LAJE SUPERIOR		0,00	0,00
DVOC	3,20	2,51				
OUCA	12,22					

ATENÇÃO

Estaturas em atraso

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARRERA NACIONAL DE FACILITADOR

ARILDO FIRMINO DE ANDRADE

DOCUMENTO / DPO / PROVA DE
 073515 SSP PD

CN 414.726.404-20 DATA NASCIMENTO 06/01/1965

NOME
 FRANCISCO SADIO DE
 ANDRADE
 ANTONIA FIRMINO DE
 ANDRADE

SEXO M COLOREDADO A.D.

NÚMERO 01670198624 VALIDADE 06/05/2021 EXPIRAÇÃO 03/12/1996

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1169498871

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1169498871

ASSINATURA DO TITULAR
 ASSINATURA DO DETENTOR
 LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA 10/05/2016

25064540144
 PRO32371322

001844-48 (PARABOL)

CLEOPATRA MARTINS DA SILVA
RUA CEL. FRANCISCO LUIZ, 82 - CENTRO
JUAZEIRO, TAUBATUBA / SP - CEP. 13.200-000 (AQ: 27)

Uso: MONOFÁSICO
Classe: RES. MTCB1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 4 - 41 - 855 - 2200 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00000773842 Emprego: 05/03/2019

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Centro Industrial, João Pinheiro - CEP 86071-800
CNPJ 09.035.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal - Junta de Energia Elétrica MQ1 452.059
Cód. para D.F. Automática: 00008764883

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

Conta referente a: **Mar / 2019** Apresentação: **08/03/2019** Data prevista da próxima leitura: **08/04/2019** CPF/CNPJ/RAND: **068.606.864-01**

UC (Unidade Consumidora): **5/876488-8**

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo e a qualquer momento e sempre um comprovante de quitação na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e saiba a qual

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 05/02/18 Leitura: 21417	Data: 08/02/18 Leitura: 21464	1	67	30
Demonstrativo				
CCF Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Total
DEG1 Consumo em kWh	67,000	0,828640	55,51	55,51

409,00

CCF Código de Classificação do Item	TOTAL	55,51	55,51	19,87	55,51	10,59	7,73
Tarifa de Têrreo	0,571770						
Mês de Consumo (kWh)	67						
VENCIMENTO	15/03/2019						
TOTAL A PAGAR	R\$ 55,51						
Histórico de Consumo (kWh)							
55 60 53 61 52 60 65 64 67 55 189 57							
Mar18 Abr18 Mai18 Jun18 Jul18 Ago18 Set18 Out18 Nov18 Dez18 Jan19 Fev19							

RESERVADO AO FISCO
ccf2.f67a.8eda.84a0.ead2.5e7b.7856.c355.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DI MENSAL	0,00		Serviços de Dist. de Energia (70)	12,50
DI TRIMESTRAL			Consumo de Energia	48,99
DI ANUAL			Serviço de Transmissão	2,12
FI MENSAL	0,00		Encargos Setoriais	2,22
FI TRIMESTRAL			Impostos Diretos e Encargos	17,19
FI ANUAL			Outros Serviços	0,00
DMC	0,00		Total	66,61
DMC	12,22			

ATENÇÃO

Valor de R\$ 10,59 (R\$ 25,00)

Parcelas em atraso:

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

3.126.781 - 2 VIA

12/01/2011

NOME

CLEÓPATRA MARTINS DA SILVA

FILIAÇÃO

SEVERINO VICTOR DA SILVA

SEVERINA JULIA MARTINS DA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

ALAGOA GRANDE-PB

22/05/1986

DOC ORDEM

CAS C/ AVERB N.0004796 F.022 L.2-000

CARTÓRIO ALAGOA GRANDE-PB

CPF

066.606.864-01

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR V. C. C. C. C. C.

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CÍVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.73



Cleópatra Martins da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130405/19

Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

CPF: 132.646.234-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: GERCINO ARAUJO DA
SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO : 132.646.234-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO
CPF: 132.646.234-20

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279842 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
FRATURA EXPOSTA DO TÁLUS ESQUERDO

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM ABAULAMENTOS. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE NO TORNOZELO ESQUERDO NA FLEXÃO DORSAL (DEFICIT DE 20 GRAUS). PACIENTE EM USO DE MULETA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/10/2018, COLISÃO MOTO-ANIMAL; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO E FRATURA EXPOSTA DO TALUS ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA E MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 25/10/2018 (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do tornozelo devido a limitação da flexão dorsal.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279842 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TÁLUS ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.7,8,27. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279842 **Cidade:** Juarez Távora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TÁLUS ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.7,8,27. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	30 %	R\$ 4.050,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130405/19

Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

CPF: 132.646.234-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO : 132.646.234-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO
CPF: 132.646.234-20

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130405/19

Número do Sinistro: 3190279842

Vítima: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

CPF: 132.646.234-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO
CPF: 132.646.234-20

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: FRANCISCO EDUARDO DE SOUZA TROTTE
CPF: 009.028.867-03

FRANCISCO EDUARDO DE SOUZA TROTTE