



WALCIDES MUNIZ

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA FÔRO EM GERAL

GERCINO ARAÚJO DA SILVA NETO, brasileiro, estudante, portador do RG 3.660.162 SSP/PB e CPF 132.646.234-20, residente no Sítio Cachoeira dos Barbosa, Juarez Távora (PB), pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus bastante Procuradores e Advogados, os Beis. JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.326, CAIO CÁSSIO DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.284, MARCUS VINÍCIUS DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 20.628, todos com endereço profissional na Rua Dom Pedro II, n.º 100, na cidade de Alagoa Grande (PB); aos quais confere poderes para o foro em geral, nos termos do artigo 105 do Código de Processo de Civil, representando-o perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Grande, 15 de julho de 2019.

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

O outorgante **DECLARA** nos precisos termos do art. 1.º da Lei 7.115/83 (prova documental), perante o Juízo desta Comarca, na forma da Lei 1.060/50, que não pode o pagar custas processuais, sem causar como consequência prejuízo ao sustento próprio e de sua família.

Declara ainda, ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais (art. 2.º da declinada lei), caso o presente documento não porte a verdade.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SENHA 3.660.162 DATA DE
EXPIRAÇÃO 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
LEI N. 7.116 DE 28/06/03

ESTADO DA PARAIBA

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

P.917

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
132.646.234-20

Nome
GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Nascimento
26/04/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE 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 da Receita Federal do Brasil
às 15:35:36 do dia 20/05/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



SEVERINO ALVES
RUA DO MOCHO, 100 - BARRA DO RIO, S/N - ÁREA RURAL
NOVA Friburgo - RJ - CEP: 26200-000 (RJ)

Ligação: MONOFÁSICA
Classe: RURAIS D2 / RURAL - AGRICULTURA RURAL
Pólo: 18-98-781-280
Medidor: 0000454304
Hefrencia: Mar/2019
Emissão: 09/03/2019

ENERGISA S.A. - 190718011571780100000022176995
01200 Km 26 - Centro Rodovia João Pessoa / PO - CEP: 55001-160
CNPJ: 06.946.189/0001-40 - INSC. EST. 10.475.925-02

Nota Fiscal/Conta de Energia Licitada: 17020-433-000
Cód. para Deb. Automático: 0000433000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar / 2019	28/03/2019	25/04/2019	019.137.734-18 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/493530-0

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você pode acompanhar o envio imediato, ter o controle de seu consumo e qualquer momento e sempre um representante da Energisa na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite o seu.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 25/02/19	Leitura 32265	Data 28/03/19	Leitura 30411	

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat.	Alg.	Imposto	Base Calc.	Potência	Unidade
0801	Consumo em kWh	148.000	0.540055	80.91	85.84	25	21.40	25.04	0.92	4.23
0810	Autos	36.79	20.75	20	6.72	36.79	0.39	1.21		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIBUIÇÃO LIMPA-ÁGUA	0.14	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAROL LAUREANO 02/2019	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
0809	Devolução Remessa	-25.33	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	109.38	109.38	56.05	100.00	1.01	0.04
Tarifa e Tributos:	0.400240						

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

Histórico de Consumo (kWh)

100	110	181	190	195	199	188	198	200	200	247	174
Mar/18	Abr/18	Mar/19	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Ser/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19

RESERVAÇÃO AO FISCO
ed22.1bdc.5b8a.c23e.5fb1.fc24.de75.9b75.

Indicadores de Qualidade				1/2019 - Resultado	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	11.45	0.00			
DIA TRIMESTRAL	33.80				
DIA ANUAL	45.80				
DIA MENSAL	11.45	0.00			
DIA TRIMESTRAL	33.80				
DIA ANUAL	45.80				
DIA MENSAL	11.45	0.00			
DIA TRIMESTRAL	33.80				
DIA ANUAL	45.80				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa	21.02	20.34
Compra de Energia	36.38	35.00
Serviço de Transmissão	0.27	0.26
Energias Geradas	4.57	4.41
Impostos Diretos e Encargos	11.14	10.78
Outros Serviços	3.00	2.90
Total	103.38	100.00

Valor do EL 02 (Ref. 1/2019) R\$ 0.22

ATENÇÃO

Subsídio DEC 7.831/13 R\$ 25.28
Leitura confirmada
Contato Serviço FIDOP NAROL LAUREANO - (83) 2576-8711
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso



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: _____ 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 CACHOEIRO DOS BARBOSA Número: 514 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: JUAREZ TÁVORA Estado: PARAIBA CEP: 58.387-000
E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 981171307

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

RENTA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 100 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, concludendo, 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grão 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 TÁVOR 02/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

(*) 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.

FPS.QQ1 VQ01/2Q18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 005/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL: PB-079. (próximo ao Loteamento da vila nova). Juarez Távora-PB.

DATA E HORÁRIO DO FATO: 12/10/2018 às 18:50.hs aproximadamente.

NOTICIANTE: GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO ; **ALCUNHA:** NETO, **sexo:** MASCULINO; **nacionalidade** Brasileira; **naturalidade** Campina Grande - PB; **estado civil:** solteiro; **escolaridade:** superior Incompleto; **Ocupação:** Estudante; **filiação:** Severino Alves e Maria Elisabete da Silva Alves ; **data de nascimento:** 26/04/1999; **idade:** 19 anos; **Doc. Identificação:** RG nº 3.660.162 SSP/PB; CPF.132.646.234-20 **Telefone para contato:** (83) 981171307. **Endereço residencial:** sítio Cachoeira dos Barbosa s/n, zona rural de Juarez Távora/PB

VÍTIMA: O noticiante.

TESTEMUNHAS: *****

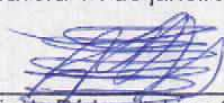
NOTICIADO: *****

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Que no dia 12.10.2018 por volta das 18:50hs o noticiante ,seguia pilotando sua motocicleta HONDA/ NXR 150 BROS ES Ano de Fab. e Modelo 2012 de PLACA - OFG-0375-PB CHASSI 9C2KD0550CR595668 de Cor Preta e Categoria Particular.QUE;na PB-079 no sentido BR-230 a Juarez Távora e na altura da vila nova colidiu com um cavalo e caiu na pista de rolamento.Que foi socorrido pelo SAMU de Alagoa Grande para o Hospital de Trauma de Campina Grande ,onde foi atendido e passando por duas (02)cirurgias conforme o PRONTUARIO, Nº 1752802.(em anexo) Nada mais havendo a tratar, e advertido das implicações do art. 299 do CPB, encerro o presente registro de ocorrência, que vai devidamente assinado.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registrado o BO e entregue uma via ao noticiante.

Juarez Távora 14 de janeiro de 2019


ASSINATURA NOTICIANTE


Antonio de Pádua de Lima Souza
Mat. 87.552-0
Policial Civil



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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
CAMETINA GRANDE-PB 26/04/1999

IDENTIFICADORA NASC.N.15771 FLS.67.V LIV.A.16

CRT CARTORIO INGA.PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 28/09/83

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

B.917

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 132.646.234-20

Nome GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

Nascimento 26/04/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE 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 da Receita Federal do Brasil

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

digito verificador: 00



SEVERINO ALVES
RUI LACONIPRA RASCHIA RAIMUNDO S/N - AREA RURAL
INDA/PA CEP: 56360000 (AO 1.4)

Ligação MONOFÁSICA
Cl./Sbc: RUI MTC 02/RURAL-AGROPECUÁRIA RURAL
Raturo: 18-88-781-280 Referência: Mar/2019
Medidor: 00000454304 Emissão: 26/03/2019



ENERGISA PARÁ/GO (RUI MTC 02/RURAL-AGROPECUÁRIA RURAL)
Dr200, km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 55091-660
UNFURJ 085.184/0001-40 - Ins. Est. 16.015.925-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº002-403.650
Cód. para Deb. Automático: 00004838300

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar/2019	26/03/2019	25/04/2019	019.137.734-18 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/493530-0**

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência em mãos. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite o seu!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 26/02/19	Leitura 32283	Data 26/03/19	Leitura 32411	

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ADIC (R\$)	ICMS	Perf. Urban (R\$)	Imp. Predial (R\$)	Imp. Predial (R\$)
0801	Consumo em kWh	148,000	0,680000	85,94	85,94	25	21,48	85,94	0,92
0810	Substituição			96,79	96,79	25	9,73	96,79	0,99
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO LIM. PÚBLICA			3,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 02/2019			3,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0900	Devolução Suspensão			-25,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 109,58 177,08 50,65 122,00 1,21 0,04
Tarifa e Tributos: 0,400240

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
201	02/04/2019	R\$ 103,38

Histórico de Consumo (kWh)

185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

RESERVADO AO FISCO
ed22.1bdc.5b8a.c23e.5fb1.fc24.de75.9b75.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	11,45	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energ. e Pds	21,02	20,34
DIG TRIMESTRAL	22,90			Compra de Energia	26,38	25,50
DIG ANUAL	45,80			Serviço de Transmissão	0,27	3,16
FID MENSAL	7,36	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	4,37	4,81
FID TRIMESTRAL	15,10		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	41,14	25,78
FID ANUAL	30,20		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	5,00	2,95
QVAC	9,29	0,00				
DICI	15,60					

ATENÇÃO

Subscrição DEC 7.831/13 R\$ 25,38
- Leitura confirmada
- Contato Serviço: HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 2506-8771
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso





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

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 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 3.661120, data de expedição 26/05/2008
Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 092.182.057-73,
com domicílio na cidade de JUAREZ TÁVORA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOSÉ ALVES CHAVES, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
GERCIANO ARAÚJO DA SILVA NETO, cujo o condutor era
GERCIANO ARAÚJO DA SILVA NETO.
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BROSES Ano: 2012
Placa: DFG 0375 Chassi: 9C2KD0550CR595668
Data do Acidente: 12/10/2018

Local e Data: JUAREZ TÁVORA 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 TÁVORA - PB
Av. Adalberto Pereira de Melo - S/N - Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartorio@registrocivil.pb.gov.br

RECONHECIMENTO
Reconheço a (s) firma (s) de Josefa Andrade de Barros
Como: Sinal Público ☒ Autenticidade ☒ Semelhança ☒
Juarez Távora, PB 02.04.2019

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº AIH15009-YEVD
Consulte a autenticidade <https://selodigital.tpo.jus.br>

Cartório do Registro Civil
Ivone Alves de Melo
ESCRITÓRIA
JUAREZ TÁVORA - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201910098

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENOVAM - INALTRC - CENOTCO

1 0049170827-0 00/00000000 2018

JOSEFA ANDRADE DE BARROS

09218205773 OFG0375/PB

NOVO PB 9C2KD0550CR595668

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES MARCA/MOTORLO 2012 2012

2 P/149 /CI PARTIC CATEGORIA COEF REDOMINANTE PRETA

1 P COTA ÚNICA 00/00/0000 1* VENC COTA ÚNICA 1*

2* PARCELAMENTO /COTAS 2* 3*

PREMIO TARIÁRIO (R\$) 00/00/0000 1* DATA DE PAGAMENTO 15/10/2018

SEGURO P A G O 15/10/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

40886

JUAREZ TAVORA-PB 15/10/2018 14460

40886

14460

14460

14460

14460

14460

14460

14460

14460

14460

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ - 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

2018 15/10/2018

09218205773 OFG0375/PB

00491708270 HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9 9C2KD0550CR595668

PREMIO TARIÁRIO

SEGURO

P A G O

15/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

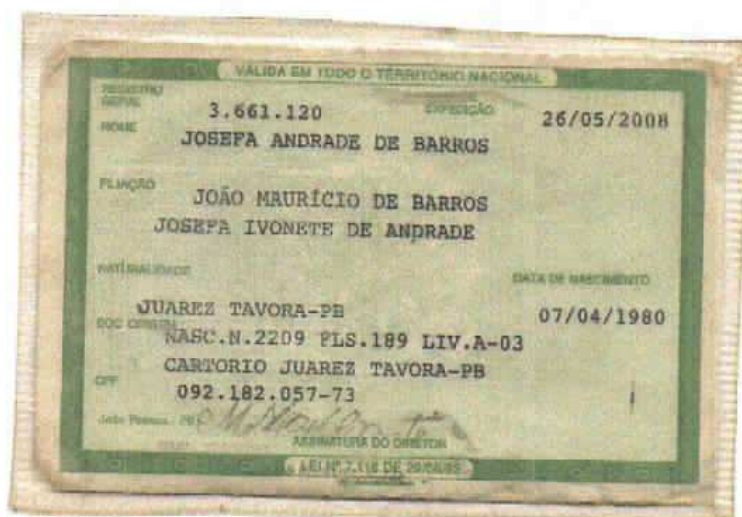
14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015

14460-1119390-20181015







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ARLENE FIRMINO DE ANDRADE

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR
973515 DSP FM

CPF
414.726.404-20

DATA NASCIMENTO
06/01/1965

PERIÓDO
FRANCISCO SABINO DE ANDRADE
ANTONIA FIRMINO DE ANDRADE

PERMISSÃO
ACC CAENB
A.M.

IP RPPRO
01670159624

VENCIMENTO
06/05/2023

VALIDADEZ
03/12/1996

ASSINATURA
Arlene Firmino de Andrade

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
10/05/2016

25064540144
PRO32371922

DETRAN - PB (PRAIA)

VALIDADEZ
1169498871

VALIDADEZ
1169498871



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	3.126.781 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/01/2011
NOME	CLEÓPATRA MARTINS DA SILVA		
FILIAÇÃO	SEVERINO VICTOR DA SILVA SEVERINA JULIA MARTINS DA SILVA		
NATURALIDADE	ALAGOA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1986
DOC ORIGEM	CAS C/ AVERB N.0004796 F.022 L.2-000		
CPF	CARTÓRIO ALAGOA GRANDE-PB 066.606.864-01		
JULIO PEREIRA - PB		ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	




Cleópatra Martins da Silva



CLEOPATRA MARTINS DA SILVA
RUA CELFRANCISCO LUIZ, 52 - CENTRO
JUAZEIRO TAVORA / PB CEP: 58387000 (AG: 22)

Ligação: MONOFÁSICO
Clas/Sec: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 4-41-655-3200 Referência: Mar/2019
Medidor: 00000773842 Emissão: 08/03/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08.985.193/0001-40 Insc. Est.: 16.015.823-0

Nota Fiscal: Junta de Energia Elétrica Nº 021.452.053
Cód. para Deb. Automático: 00008784883

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	08/03/2019	08/04/2019	066.606.984-01 Insc. Est.

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 a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/02/19	21417	08/03/19	21484	1	67	30

Demonstrativo							
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS (R\$)	Outros (R\$)
						Base Calc. (R\$)	Coluna (R\$)
						Por/Coluna (R\$)	(1,002%) (4,8289%)
0801	Consumo em kWh	67,000	0,828940	55,51	55,51	25	13,87
						55,51	0,59
							2,73

409,00

CCl Código de Classificação do Item: TOTAL 55,51 55,51 13,87 55,51 0,59 2,73
Tarifa e Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
62	15/03/2019	R\$ 55,51

Histórico de Consumo (kWh)

55	53	53	61	62	60	66	64	62	59	65	67
Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19

RESERVADO AO FISCO

ccf2.f67a.8eda.84a0.ead2.5e7b.7656.c355.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	6,03	0,00	NOMINAL 220
DIGITAL	12,05		
DIGITAL	24,12		
DIGITAL	3,30		
DIGITAL	6,60	0,00	CONTRATADA
DIGITAL	13,20		LIMITE INFERIOR 202
DIGITAL	3,54		LIMITE SUPERIOR 231
DIGITAL	12,22	0,00	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	13,88	24,48
Compra de Energia	19,33	34,93
Serviço de Transmissão	2,12	3,83
Encargos Setoriais	3,22	5,80
Impostos Diretos e Encargos	17,18	30,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	55,51	100,00

Valor do USD (Ref. 1/2019) R\$ 25,89

ATENÇÃO

Faturas em atraso



Nome do Paciente Gerardo Araújo da Silva Neto		Nº Prontuário	
Data da Operação 13/10/18	Enf.	Leito	
Operador Dr. Renata Gomes	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia Razul		
Diagnóstico Pré-Operatório fratura exposta do talus (E)			
Tipo de Operação limpeza cirúrgica + fixação percutânea com fios Kirschner.			
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo.			
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 50H sob anestesia.
- Assepsia + Antimicrobiana.
- Passagem da garrote hemostático.
- Aberto de fratura exposta do lobo do talus Esquerdo.
- Realizada a limpeza mecânica-cirúrgica abundante com força fisiológica.
- Redução da fratura e estabilização com os fios Kirschner 2,5mm Cruzador.
- Controle da redução sob radioscopia.
- Fatura do ferimento.
- Curativo Estéril.
- Jala Bota.
- Retirada do Garrote.

Dr. Renata Gomes
Orculista a Praximologia
CRM-PB 3151 / CRM-PE 2143
TEOT 16262

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Gustavo Araújo da Silva Neto</u>	Idade: <u>49a</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>13/10/18</u>
Procedimento: <u>Limpeza cirúrgica + Fixação percutânea com fio de Kirschner</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Renan</u>	Auxiliar: <u>-</u>
Anestesista: <u>Dr. Thiago</u>	
Início: <u>00:30</u>	Término: <u>01:20</u>
Anestesia: <u>Raque</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
01:30	140x12	116	100%	Thiago	20-40-20	Percebido
02:15	127x64	103	100%	Thiago	-	Consciente
02:40	126x68	104	100%	Thiago	+	11

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Alta Cirúrgica

Thiago CM 16514

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

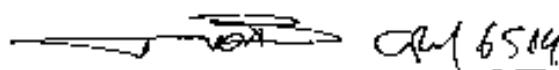
MOD. 143





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:		



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
Exercício Amaro da Silva Neto		Sua 03		SVS		19a		1752802	
CIRURGIA					CIRURGIÃO				
Limpza cirúrgica + Fístula					Dr. Renata				
ANESTESIA					ANESTESIA				
Rugali + Karschmann 25 em J. Thiago									
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
		13/10/15		00:30		02:20			
Qtd.		MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.		FIOS	
				Calaf. p/ Oxyg.				Catgut cromado Serlix	
				Cater. De Urinar Sist. Fech.				Catgut cromado Serlix	
				Compressa Grande				Catgut cromado Serlix	
02				Compressa Pequena				Catgut Simples	
				Colonoide				Catgut Simples Serlix	
01				Dreno				Catgut Simples Serlix	
				Dreno Kerr nº				Catgut Simples Serlix	
				Dreno Penrose nº				Cara p/ osso	
				Dreno Pezzer nº				Ethibond	
				Equipo de Macrogotas				Ethibond	
				Equipo de Sangue				Ethibond	
				Equipo de PVC				Fio de Algodão Serlix	
				Esparadrago Largo cm				Fio de Algodão Sutopak	
				Furacim ml				Fio de Algodão Sutopak	
				Gase Pacote c/ 10 unidades				Fila cardiaca	
				H ₂ O ₂ ml		01		Mononylon 2-0	
				Intracath Adulto				Mononylon	
				Intracath Infantil				Prolene Serlix	
Qtd.		MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23				Prolene Serlix	
09				Lâmina de Bisturi nº 11				Prolene Serlix	
01				Lâmina de Bisturi nº 15				Prolene Serlix	
02				Luvas 7.0				Vicryl Serlix	
				Luvas 7.5		02		Vicryl Serlix	
				Luvas 8.0		02		Vicryl Serlix	
				Luvas 8.5					
				Oxigênio l/m					
				Polifrix					
				PVPI Degemante ml					
				PVPI Tópico ml		Qtd.		SOROS	
				Sabão Antisséptico				SG Normotérmico fr 500 ml	
				Saco coletor				SG Gelado fr 500 ml	
				Seringa desc. 10 ml				SG Hipertérmico fr 500 ml	
				Seringa desc. 20 ml				SG Ringr fr 500 ml	
				Seringa desc. 05 ml		01		SG fr 500 ml	
				Sonda		02		SG fr 500 ml	
				Sonda Foley		Qtd.		ORTESE E PRÓTESE	
02				Sonda Nasogástrica		02		SG fr 500 ml	
02				Sonda Uretral nº		02		SG fr 500 ml	
03				Sterydrem ml					
				Torneirinha					
Qtd.		MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml					
				Gelcon 18					
				Latex					
01				Latex					
02				Latex					
03				Latex					
04				Latex					
05				Latex					
06				Latex					
07				Latex					
08				Latex					
09				Latex					
10				Latex					
11				Latex					
12				Latex					
13				Latex					
14				Latex					
15				Latex					
16				Latex					
17				Latex					
18				Latex					





**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

10256

Hospital: Hospital de Truvas Código: _____Procedimento: Ligação do Músculo Supraespalhar Cód. Procedimento: _____Paciente: Guilherme Bruno da Silva MeloData da Cirurgia: 24/10/18 Nº prontuário: 1752802 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Aristóteles Código: _____(☒) Reposição (☐) Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa de Titec 4,5 x 12 furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,0) mm	Nº	26	28	30	32	36		
	Qtd.	01	01	02	01	01		
	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

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572035200000022176998

Número do documento: 19072011572035200000022176998

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PIL OP:

Fisioterapia (E)
Fisioterapia (E)Paciente: Gustavo Nogueira da Silva Neto Alojamento: 1 Leito: 4 Convênio: Data: 13/10 Prescrição Médica: Evolução Médica: #ORTOPEDIA# DIH:

1 DIETA LIVRE
2 SRL 1500ML EV 24H
4 DIPROMA 1G EV 6/6H
5 TILATIL 20 mg + AD EV 12/12h, dieta 40 mg + AD EV 12/12h
6 TRAMAL 300MG + 300ML SF EV 6/6H SE DOR
7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H SN
8 CLEXANE 40 UI SC 1x/DIA
9 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM
10 SSV + CCGG

Horário

Evolução Médica

BEG estável
sem intercorrências

#CD: VPM

11 clonazepam 1g + AD, EV de 12/12 h (suprimido)
12 clonazepam 600 mg + SF 0,9% 100 ml, EV de 6/6h
13 Gendarmol 240 mg, EV de 24/24h

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 16637 CRM-AM 5529

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 16637 CRM-AM 5529



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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 () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Cirúrgico: _____ () Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

EC: _____ 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



13.10.18
Hr: 14:30
PA: 120x60 plos Gerais.
De. esteve reali-
zado os cuida-
segue município
em e aos cuida-
dos da equipe
de enfermagem.

14.10.18 De. realizado em
6hs+ e aos cuidados da
equipe de enfer-
magem

Mônica Maria Alves da Silva Gama
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 001164965





	Sistema Único de Saúde	Mínisterio da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		
Folha 1/2		

Identificação do Exatidão do Laudo		1 - CID		2 - CID	
2 - Nome do Paciente		3 - Data de Nascimento		4 - Sexo	
5 - Nome do Médico		6 - Data de Nascimento		7 - Sexo	
8 - Número de Registro		9 - Data de Nascimento		10 - Sexo	
11 - Nome do Médico		12 - Data de Nascimento		13 - Sexo	
14 - Nome do Médico		15 - Data de Nascimento		16 - Sexo	
17 - Nome do Médico		18 - Data de Nascimento		19 - Sexo	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
19 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
20 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
21 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
22 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
23 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
24 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
25 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
26 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado - Alteração	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PACIENTE:

Genio Amaro

LEITO:

DIAGNOSTICO
Fratura de fêmur
Hematomas

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO MÉDICA
14/10	DIETA LIVRE		
	SRL 1500ML EV P/ 24H	14:00	
	CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	14:00	Boa, está em boa
	GENTAMICINA 240MG + SF EV 1X/DIA	14:00	boa
	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	14:00	boa e está
	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	14:00	
	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	14:00	
	OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EMI JEJUM	14:00	col. lpr
	CLEXANE 40MG SC AS 20H	14:00	
	MUDANÇA DE USO CRÔNICO C/ PACIENTE		
	CURATIVO DIÁRIO		
	SSV + CCGG		
	14:41 40g + 1000 EV 12/12H		
	Dr. Vitor Pereira Coordenador de Emergência		

Quarta-feira

01/10

11/10/19 14:00h
2

12/10/19 14:00h
2



14.10.2018

Hr: 13:25

Re. bem

Realizados os
cuidados gerais -
segue medicado
CPM e dos cui-
dados da
enfermagem.

15.10.18

6h+

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



RESUMO DE ALTA
(REFERENCIA OU CONTRA REFERENCIA)

PRONT. Nº: _____
DMT: _____

PROCEDENCIA: _____

ALTA: _____

URADAGE: _____

ISSAO: _____

otivo de hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

resultados dos principais exames

solução e complicações

procedimentos realizados

laudo clínico (hipotético ou definitivo)

orientações médicas para pacientes / egressos

Indicação de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Instaurado

Transferido para: _____

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente: CECÍLIA DA SILVA Alojamento: 1 Leito: 2 Convênio: PRONAT

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/10	1. Dieta <u>Alívio</u> 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausectron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00	<u>Pronto Atendimento</u> <u>em 14/10/2019</u>
	<u>Clínica com 01 elevação</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u> <u>de 10/18</u>	<u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u> <u>10/18</u>	<u>Dr. Juliano Costa</u> <u>Coordenador de Clínica</u> <u>CRIM 9525</u>

12:20 PA= 100 x 90

Reciente esternal,

realizando curativo,

medicados com segue

as. cuidados de enfermagem

100 do Socorro
TCS DE ENFERMAGEM
CURR. 10/07/197

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

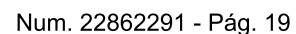
Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20



Unidade: 0000
Med. - Tri. Maternidade
Cirurgia de Coluna
Pain 5542



12/10

Recebo
de
pagamento
em
cheque

Recebo
de
pagamento
em
cheque
B
4/8/1

[Handwritten signature]

+

2

Recebo
de
pagamento
em
cheque
B
4/8/1

Recebo
de
pagamento
em
cheque
B
4/8/1

[Handwritten signature]

Recebo de pagamento em cheque
B 4/8/1

Recebo de pagamento em cheque
B 4/8/1

Recebo de pagamento em cheque
B 4/8/1

Recebo de pagamento em cheque
B 4/8/1



②

Do For Tables
for answers

0.5



17.10.2018

Hr: 12:10

PA: 120x90

Pe. Tranquilo. Realizado
Exatidão pelo, bem, pe-
ações em parais de
mteções.

Seque mteção do cpm
e aos curia dos dias
equipe de mteções vs
maçam.

Seque mteção do cpm
e aos curia dos dias
equipe de mteções vs
maçam.

11/11

18.10.2018

Hr: 6hs

Pe. Médica do epm
e aos curia dos dias
equipe de mte-
maçam.

9



DIAGNÓSTICO

DO NOT WRITE IN THESE SPACES

Yes Linda Dierker

Dr. Wagner
Chapman Avenue
Cham, Pa 18643

20/07/19

18/07/19

7

18/07/19

18/07/19

18/07/19

18/07/19

18/07/19

18/07/19

18/07/19

PA: 520x10mmHg (M: 30/15)

18/07/19

Paciente encontra-se sem alterações até o momento. FO limpa, Ateu ematuro, NEMR aos encoders da equipe.

Herianny Costa
Téc. Enfermagem
CONCEPE 001.230.574

P: 33 bpm
R: 32 bpm
T: 35.2
SpO2: 99%
Nutrição: Espetômetro



DIAGNOSTICO
No Es Telling CD
This Is Chronic Prostatitis



19/10/18 10:00 PA 130x89 percente exteior sudado euctuo
sem 1450 mm

ANA P. FERREIRA
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 06.200.19

Adriana Leite da Silva
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 06.1310

Maria do Carmo Alves da Silva
COREN-PA 06.737.43-15

Marta do N. Medeiros
COREN-PA 06.117380-12

Marta do N. Medeiros
COREN-PA 06.117380-12

GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

LIMPEZA CIRURGICA + FIXAÇÃO
PERCUTANEA

20/10

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO N° 18 , *dieta sel 1500 ml, EV 24h*
- 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H *12 18 24 OK*
- 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H (*supremo*) *24 OK*
- 5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN *24 OK*
- 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN *24 OK*
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM *24 OK*
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 21H *24 OK*
- 9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
- 10 CURATIVO DIÁRIO *24 OK*
- 11 SSV + CCGG *24 OK*
- 12 *Clindamicina 600 mg + 100 ml SF 9h, EV 6/6h*
- 13 *Enfornado 200 mg, EV 24/24h*

BGG, Estavel, SI diferenciada
diverte (+) concussão (+)
ed. VPM

*Dr. Xim/2010
Oliveira*

21/10/18 09h P.A. = 130x80
paciente recebeu cl ES P. com diário,
orientado, mediz. CCSG, med cada
c.p.m. carla

20/10/18 10h P.A. = 130x80
paciente recebeu monitorado qua-
dro, mediz. CCSG, med cada c.p.m.
carla



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

PACIENTE: Gustavo Augusto da Silva Neto LEITO: 4-4

DIAGNÓSTICO
Lesão cirúrgica + Fístula
pericardial

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS		EVOLUÇÃO MÉDICA
21/10	DIETA LIVRE			
	SRL 1500ML EV P/ 24H			EEG, ECG, Sístole, Diástole
	CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H			Diástole (D) ECG (D)
	GENTAMICINA 240MG + SF EV 1X/DIA			cd = VPM
	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H			Sístole, ECG, Diástole
	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN			diástole (D) (Hb = 7)
	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN			
	OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM			
	CLEAXANE 40MG SC AS 20H			
	MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ PACIENTE			
	MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H			
	CURATIVO DIÁRIO			
	SSV + CCGG			



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572035200000022176998

Número do documento: 19072011572035200000022176998

Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:20

01/15



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

PE: Bem com conforto
com bom aspecto. Tomou
banho no leito e segue
em cuidados.

Marilda do N. Medeiros
CRM-PA 001175228-TE

22/10/18 06:00

Paciente evoluiu, estável,
realizada medicação com
segureza e cuidados da
enfermagem.

Marilda do N. Medeiros
CRM-PA 001175228-TE





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente: Genesio Genesio Henrique da Silva Alojamento: 5 Leito: 5 Convênio: União de Jus.

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/10	1. Dieta <u>líquida</u> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 11 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 11 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	<u>14h</u> <u>15h</u> <u>16h</u> <u>17h</u> <u>18h</u> <u>19h</u> <u>20h</u> <u>21h</u> <u>22h</u> <u>23h</u>	<u>Pronto socorro por</u> <u>ca. 11h45</u>
	<u>Liberto de 07/06/18</u> <u>Genesio Henrique da Silva</u>	<u>18h</u> <u>19h</u> <u>20h</u> <u>21h</u> <u>22h</u> <u>23h</u>	<u>União de Jus.</u>

União de Jus.
Genesio Henrique da Silva
CRM 10000

União de Jus.
Genesio Henrique da Silva
CRM 10000

22
10
2018

PA = $\frac{120}{80}$

Realizado assio
e cuidados.

F.O. limpa. segue os
cuidados da Equipe



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Leandro Augusto da Silva Alojamento: 1 Leito: 4 Convênio: PA de Uniao

Data: 23/10 Prescrição Médica: PROS 228

1. Dieta PROS 228
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Cleaxe 40mg SC/dia SUSP
9. SSVV + CC66

Leandro Augusto da Silva
23/10
PROS 228

Dr. Schubert Costa
Cirurgia - Transmolecular
CRM 5523

Dr. Schubert Costa
Cirurgia - Transmolecular
CRM 5523

Atividades: HEMOC/CL
DOADOR: 1425181018018101
INÍCIO: 20-20 VOLUME: 252
PA: 20-20 PULSO: 36-5
TERMINO: 20-20 PULSO: 36-5
PA: 20-20 PULSO: 36-5

Atividades: HEMOC/CL
DOADOR: 1425181018018101
INÍCIO: 22-30 VOLUME: 293
PA: 22-30 PULSO: 36-5
TERMINO: 22-30 PULSO: 36-5
PA: 22-30 PULSO: 36-5

20: 652 847000
 20: 652 847000
 20: 652 847000

Paciente, consentido, eutanásia
 realizada, no momento
 de morte, feita de
 acordo com o desejo do
 paciente, em plena
 consciência e sem
 dor, no momento da
 morte.

PA (100x80)

Maria de N. Medeiros
 07/07/2019 11:57:21

Paciente, consentido, eutanásia
 realizada, no momento
 de morte, feita de
 acordo com o desejo do
 paciente, em plena
 consciência e sem
 dor, no momento da
 morte.

PA (100x90)

23
 10
 2018





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Gerônimo Araújo da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>24.10.18</i>	Enf. <i>C12</i>	Leito <i>1-4</i>	
Operador <i>Dr. Aristóteles Américo</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. do fêmur de membro superior</i>			
Tipo de Operação <i>Ortoscóptica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</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 DDA - sole - crânio
② Anestesia + antiespasmódico + compressa estéril
③ Incisão em mo de Belongero + drenagem por plasma + hemostase
④ Redução imediata do foco de fratura sob scope
⑤ Ortoscóptica com placa DCP estéril 12 furos sob scope + perna codificada
⑥ Torço FO + sutura + curativo
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	IP PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Genaro Anup da Silva Neto.</u>			IDADE: <u>18a</u>	SEXO: <u>M.</u>	COR
DATA: <u>24/10/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URÉIA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <u>consciente, orientado</u>			ATAQUE	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS	95% 250 SPO2 20 20				MANUTENÇÃO <u>Exame de sono 10 mg</u> <u>Dapsona 2g</u> <u>Bromopride 10 mg</u> <u>Tenox 100 mg 50 mg</u>		
CÓDIGOS	100% 36 38 38 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0				ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
VP. ARTERIAL, O. PULSO, O. RESPIRAÇÃO, AX-ANESTESIA, O. OPERAÇÃO	100% 36 38 38 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obsr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	PASU FC RADN				Com cânula: Para o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSICÃO	DDH						
AGENTES	Propofol 200mg, fentanyl 200mg, rocurônio 20mg.						
TÉCNICA	AGB				CÂNULAS 8,0C/airf.		
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura distal de rádio.						
QUIRURGIA	Dr. Aristóteles.						
ANESTESISTA	Dra. Karoline.						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPOSIÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SIFB



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572089400000022177000

Número do documento: 19072011572089400000022177000




Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Georgino Araújo da Silva Neto</u>	Idade: <u>39 anos</u>
Convênio: <u>Prompt: 1732802</u>	Data: <u>24/10/18</u>
Procedimento: <u>Ressecção de Adenoide</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Aristoteles</u>	Auxiliar: <u>Dr. Euler</u>
	<u>Dr. Yuxy</u>
Anestesista: <u>Dr. Karol</u>	
Início: <u>14:00</u>	Término: <u>17:20</u>
	Anestesia: <u>Genl + Bloq. de plexo</u>

[illegible][illegible]

Observações:


Dra. Daylan Oliveira
MÉDICA
CRM 8611

Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

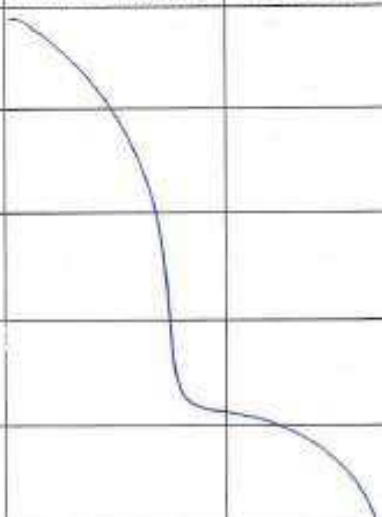
Circulante

Relatório de Operação

MCD-103



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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
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
MÉDICA
CRM 6611


*Alta
RPA*

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DV
26.01.99.

PACIENTE: Gerano Araujo da Silva Neto						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE 19 a	REGISTRO 175.2802		
CIRURGIA Fratura de úmero			CIRURGIÃO Dr. Aristides, Dr. Euler			
ANESTESIA Dr.ª Karoline			ANESTESIA Gerai + Bloqueio de pleto			
INSTRUMENTADORA Platina		DATA 24/10/2018	INÍCIO 14:00	FIM 17:20		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Uniar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	06	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Ferland ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Prosigmine amp.		Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulapak	
	Protóxido Vm		Furacim ml		Fio de Algodão Sulapak	
01	Propofol Propofol	12	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapfen amp.		H.O. ml		Mononylon	
	Thionembul ml		Intracath Adulto	05	Mononylon 20	
	Trocurium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix 0	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	04	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramiona amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio Vm			
	Glucon de Cálcio amp.	05	Polissulfato clonidine			
	Haemacel ml		PVPi Degemante ml			
	Heparina ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakiol amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina		Seringa desc. 05 ml	06	SG fr 500 ml p/ loban	
01	Rauvian amp. Necame flu		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
01	Bronquidol Bronquidol		Sonda Uretral n°	02	Fio de Kirschner n° 2.0	
02	Ticlid amp.		Sterydren ml		2.0	
			Torneirinha	01	Placa de fixação 4.0 x 1.1	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	06	Placa de fixação 4.0 x 1.1	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	01	Tubo n° 7.5			
	Agulha p/ raque n°					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzona ml					

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input type="checkbox"/> Cardíaco
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Olivera

MOD 000



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572089400000022177000

Número do documento: 19072011572089400000022177000

4.0

PP 10 26

Grano Arancio di S. Maria della

1089.64A API
measured at station R10

Franchise Agreement

$\text{C}_2\text{H}_5\text{OH} + \text{CH}_3\text{COOH} \rightarrow \text{CH}_3\text{COOC}_2\text{H}_5 + \text{H}_2\text{O}$
 5.9 g 5.9 g

20170108 09:00



065

10

10

10 — Pradip — 15

0.5 20

50

20

16

50
40
30

unbegründet — 20

0307

navasig

U/S amniotic — 10

Salzwasser 10
fr. Wasser 10

2. + En count 10

2000





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Genesio Pereira da Silva Alojamento 1 Leito 4 Convênio

Data

Prescrição Médica

Cirurgia

Horário

Leto

Evolução Médica

21/08

1) Dieta leve após RPA

2) SRI 1000 ml IV 24h

3) Colinda 600 mg IV 6/6h

4) Gasto 240 mg IV 12/12h

5) Depirona 1g + AD IV 6/6h

6) Salicilato 30mg + AD IV 12/12h

7) Omegraf 300mg VO 2x/dia

8) ASV + CCG

9) ASV + CCG

10) ASV + CCG

11) ASV + CCG

12) ASV + CCG

13) ASV + CCG

14) ASV + CCG

15) ASV + CCG

16) ASV + CCG

17) ASV + CCG

18) ASV + CCG

19) ASV + CCG

20) ASV + CCG

21) ASV + CCG

22) ASV + CCG

23) ASV + CCG

24) ASV + CCG

25) ASV + CCG

26) ASV + CCG

27) ASV + CCG

28) ASV + CCG

29) ASV + CCG

30) ASV + CCG

31) ASV + CCG

32) ASV + CCG

33) ASV + CCG

34) ASV + CCG

35) ASV + CCG

36) ASV + CCG

37) ASV + CCG

38) ASV + CCG

39) ASV + CCG

40) ASV + CCG

41) ASV + CCG

42) ASV + CCG

43) ASV + CCG

44) ASV + CCG

45) ASV + CCG

46) ASV + CCG

47) ASV + CCG

48) ASV + CCG

49) ASV + CCG

50) ASV + CCG

51) ASV + CCG

52) ASV + CCG

53) ASV + CCG

54) ASV + CCG

55) ASV + CCG

56) ASV + CCG

57) ASV + CCG

58) ASV + CCG

59) ASV + CCG

60) ASV + CCG

61) ASV + CCG

62) ASV + CCG

63) ASV + CCG

64) ASV + CCG

65) ASV + CCG

66) ASV + CCG

67) ASV + CCG

68) ASV + CCG

69) ASV + CCG

70) ASV + CCG

71) ASV + CCG

72) ASV + CCG

73) ASV + CCG

74) ASV + CCG

75) ASV + CCG

76) ASV + CCG

77) ASV + CCG

78) ASV + CCG

79) ASV + CCG

80) ASV + CCG

81) ASV + CCG

82) ASV + CCG

83) ASV + CCG

84) ASV + CCG

85) ASV + CCG

86) ASV + CCG

87) ASV + CCG

88) ASV + CCG

89) ASV + CCG

90) ASV + CCG

91) ASV + CCG

92) ASV + CCG

93) ASV + CCG

94) ASV + CCG

95) ASV + CCG

96) ASV + CCG

97) ASV + CCG

98) ASV + CCG

99) ASV + CCG

100) ASV + CCG

101) ASV + CCG

102) ASV + CCG

103) ASV + CCG

104) ASV + CCG

105) ASV + CCG

106) ASV + CCG

107) ASV + CCG

108) ASV + CCG

109) ASV + CCG

110) ASV + CCG

111) ASV + CCG

112) ASV + CCG

113) ASV + CCG

114) ASV + CCG

115) ASV + CCG

116) ASV + CCG

117) ASV + CCG

118) ASV + CCG

119) ASV + CCG

120) ASV + CCG

121) ASV + CCG

122) ASV + CCG

123) ASV + CCG

124) ASV + CCG

125) ASV + CCG

126) ASV + CCG

127) ASV + CCG

128) ASV + CCG

129) ASV + CCG

130) ASV + CCG

131) ASV + CCG

132) ASV + CCG

133) ASV + CCG

134) ASV + CCG

135) ASV + CCG

136) ASV + CCG

137) ASV + CCG

138) ASV + CCG

139) ASV + CCG

140) ASV + CCG

141) ASV + CCG

142) ASV + CCG

143) ASV + CCG

144) ASV + CCG

145) ASV + CCG

146) ASV + CCG

147) ASV + CCG

148) ASV + CCG

149) ASV + CCG

150) ASV + CCG

151) ASV + CCG

152) ASV + CCG

153) ASV + CCG

154) ASV + CCG

155) ASV + CCG

156) ASV + CCG

157) ASV + CCG

158) ASV + CCG

159) ASV + CCG

160) ASV + CCG

161) ASV + CCG

162) ASV + CCG

163) ASV + CCG

164) ASV + CCG

165) ASV + CCG

166) ASV + CCG

167) ASV + CCG

168) ASV + CCG

169) ASV + CCG

170) ASV + CCG

171) ASV + CCG

172) ASV + CCG

173) ASV + CCG

174) ASV + CCG

175) ASV + CCG

176) ASV + CCG

177) ASV + CCG

178) ASV + CCG

179) ASV + CCG

180) ASV + CCG

181) ASV + CCG

182) ASV + CCG

183) ASV + CCG

184) ASV + CCG

185) ASV + CCG

186) ASV + CCG

187) ASV + CCG

188) ASV + CCG

189) ASV + CCG

190) ASV + CCG

191) ASV + CCG

192) ASV + CCG

193) ASV + CCG

194) ASV + CCG

195) ASV + CCG

196) ASV + CCG

197) ASV + CCG

198) ASV + CCG

199) ASV + CCG

200) ASV + CCG

201) ASV + CCG

202) ASV + CCG

203) ASV + CCG

204) ASV + CCG

205) ASV + CCG

206) ASV + CCG

207) ASV + CCG

208) ASV + CCG

209) ASV + CCG

210) ASV + CCG

211) ASV + CCG

212) ASV + CCG

213) ASV + CCG

214) ASV + CCG

215) ASV + CCG

216) ASV + CCG

217) ASV + CCG

218) ASV + CCG

219) ASV + CCG

220) ASV + CCG

221) ASV + CCG

222) ASV + CCG

223) ASV + CCG

224) ASV + CCG

225) ASV + CCG

226) ASV + CCG

227) ASV + CCG

228) ASV + CCG

229) ASV + CCG

230) ASV + CCG

231) ASV + CCG

232) ASV + CCG

233) ASV + CCG

234) ASV + CCG

235) ASV + CCG

236) ASV + CCG

237) ASV + CCG

238) ASV + CCG

239) ASV + CCG

240) ASV + CCG

241) ASV + CCG

242) ASV + CCG

243) ASV + CCG

244) ASV + CCG

245) ASV + CCG

246) ASV + CCG

247) ASV + CCG

248) ASV + CCG

249) ASV + CCG

250) ASV + CCG

251) ASV + CCG

252) ASV + CCG

253) ASV + CCG

254) ASV + CCG

255) ASV + CCG

256) ASV + CCG

257) ASV + CCG

258) ASV + CCG

259) ASV + CCG

260) ASV + CCG

261) ASV + CCG

262) ASV + CCG

263) ASV + CCG

264) ASV + CCG

265) ASV + CCG

266) ASV + CCG

267) ASV + CCG

268) ASV + CCG

269) ASV + CCG

270) ASV + CCG

271) ASV + CCG

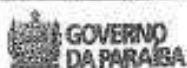
24.10.2018
 H: 19:30
 PA: 120x80

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

Morgana Maria Alves da Silva Gama
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PB 001164965

encarregado do pronto atendimento
 1. 24.10.2018 19:30
 2. 24.10.2018 19:30
 3. 24.10.2018 19:30
 4. 24.10.2018 19:30
 5. 24.10.2018 19:30
 6. 24.10.2018 19:30
 7. 24.10.2018 19:30
 8. 24.10.2018 19:30
 9. 24.10.2018 19:30
 10. 24.10.2018 19:30
 11. 24.10.2018 19:30
 12. 24.10.2018 19:30
 13. 24.10.2018 19:30
 14. 24.10.2018 19:30
 15. 24.10.2018 19:30
 16. 24.10.2018 19:30
 17. 24.10.2018 19:30
 18. 24.10.2018 19:30
 19. 24.10.2018 19:30
 20. 24.10.2018 19:30
 21. 24.10.2018 19:30
 22. 24.10.2018 19:30
 23. 24.10.2018 19:30
 24. 24.10.2018 19:30
 25. 24.10.2018 19:30
 26. 24.10.2018 19:30
 27. 24.10.2018 19:30
 28. 24.10.2018 19:30
 29. 24.10.2018 19:30
 30. 24.10.2018 19:30
 31. 24.10.2018 19:30
 32. 24.10.2018 19:30
 33. 24.10.2018 19:30
 34. 24.10.2018 19:30
 35. 24.10.2018 19:30
 36. 24.10.2018 19:30
 37. 24.10.2018 19:30
 38. 24.10.2018 19:30
 39. 24.10.2018 19:30
 40. 24.10.2018 19:30
 41. 24.10.2018 19:30
 42. 24.10.2018 19:30
 43. 24.10.2018 19:30
 44. 24.10.2018 19:30
 45. 24.10.2018 19:30
 46. 24.10.2018 19:30
 47. 24.10.2018 19:30
 48. 24.10.2018 19:30
 49. 24.10.2018 19:30
 50. 24.10.2018 19:30
 51. 24.10.2018 19:30
 52. 24.10.2018 19:30
 53. 24.10.2018 19:30
 54. 24.10.2018 19:30
 55. 24.10.2018 19:30
 56. 24.10.2018 19:30
 57. 24.10.2018 19:30
 58. 24.10.2018 19:30
 59. 24.10.2018 19:30
 60. 24.10.2018 19:30
 61. 24.10.2018 19:30
 62. 24.10.2018 19:30
 63. 24.10.2018 19:30
 64. 24.10.2018 19:30
 65. 24.10.2018 19:30
 66. 24.10.2018 19:30
 67. 24.10.2018 19:30
 68. 24.10.2018 19:30
 69. 24.10.2018 19:30
 70. 24.10.2018 19:30
 71. 24.10.2018 19:30
 72. 24.10.2018 19:30
 73. 24.10.2018 19:30
 74. 24.10.2018 19:30
 75. 24.10.2018 19:30
 76. 24.10.2018 19:30
 77. 24.10.2018 19:30
 78. 24.10.2018 19:30
 79. 24.10.2018 19:30
 80. 24.10.2018 19:30
 81. 24.10.2018 19:30
 82. 24.10.2018 19:30
 83. 24.10.2018 19:30
 84. 24.10.2018 19:30
 85. 24.10.2018 19:30
 86. 24.10.2018 19:30
 87. 24.10.2018 19:30
 88. 24.10.2018 19:30
 89. 24.10.2018 19:30
 90. 24.10.2018 19:30
 91. 24.10.2018 19:30
 92. 24.10.2018 19:30
 93. 24.10.2018 19:30
 94. 24.10.2018 19:30
 95. 24.10.2018 19:30
 96. 24.10.2018 19:30
 97. 24.10.2018 19:30
 98. 24.10.2018 19:30
 99. 24.10.2018 19:30
 100. 24.10.2018 19:30

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



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

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	G E N C I N O A M A J O DA SILVA NETO										PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEIT.				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

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

RAIO X
REALIZADO EM:
12/10/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Rx braço AP

Dr. André Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgião de Mão
CRM 5625-PB

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio X AP/P
- Raio X AP/P
- Raio X AP/P
- Raio X AP/P

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

HORA DA SOLICITAÇÃO:

12/10/18

Dr. Plácido
MÉDICO
Cirurgião Geral
CRM 9549







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMIN

NOME:	Geleirio Brando										PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				GERAL	1	4			

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx do Tórax D e P

Dr. Wilson Costa
pedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 9523

URGÊNCIA: ☐

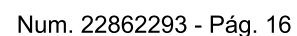
ROTINA: ☐

HORA DA SOLICITAÇÃO:

18:10



Dr. Eulder Marcelo A. Cruz
CRM-PB 9067





 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO				REQUISIÇÃO DE EXAM			
		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES							
NOME:		Gervano Araújo da Silva						PRONTUÁRIO	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO	
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS:									
Contato PS-op.									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS:									
Rx Pe- (E) AP / Perfil Abdominal e Oblíquo.									
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		Dr. José Ranaá Gomes Ortopedia / Reumatologia CRM-PB 0721 / CRM-PE 21437 TEGT 15262					
DATA: 13/10/18		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):	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: Cianmetahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.8 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 de Almeida Brito
Biotécnico
CRM 5409

Impresso : 24/10/2018 06:16 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A2AA-8F98-AF8C-7AD0-9E1F-4022-059F-B4CB



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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: ENF 01-104

HEMOGRAMA

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

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....

Resultados

2.82 milhões/mm³
7.0 g/dL
21.0 %
74 fL
25 pg
33 g/dL

Valores de Referência

4.0 a 6.0 milhões/mm³
13.5 a 16.0 g/dL
40.0 a 52.5 %
82.0 a 102.0 fL
27.0 a 31.0 pg
32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

6.500 /mm³
(%)

4.500 a 12.000 /mm³

Neutrófilos

Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....

0
0
0
2.0
75.0
1.0
0

0
0
0
130
4.875
65
0

40 a 70 % - 1.800 a 8.000 / mm³
0.5 a 5.0 % - até 500 / mm³
0 a 2.0 % - até 100 / mm³

Linfócitos

Típicos.....
Atípicos.....
Monócitos.....

18.0
0
4.0

1.170
0
260

20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm³
2.0 a 10 % - até 1.000 / mm³
140.000 a 400.000 / mm³

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

180.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

J. Cesar de Oliveira
Muniz
CRM 10.000.000

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: PD94-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):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	24-10-2018 06:18	Origem:	CLINICA CIRURGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	ENF 0 - 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 REISOTRA

Observação:

CREATININA

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

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

Referencial: 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: Ureia, Depuração da Creatinina

e Sumário de

Ureia.
NOTA: O uso de medicamentos contendo Glicina e Vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENSK

Lile Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Enviado : 24/10/2018 11:56 - Página : de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: ED4F-PFCD-D4B3-E4D6-4D5E-86C0-CE5E-78D0





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	G E N L I M O A M A U J O D A L I N H A N E V O										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	
	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>						

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Urg

Fast

Realizado em: 12/10/18

RGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

ATA:

12/10/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Flávia Daniel
MÉDICO
PEDIATRIA GERAL
CRM/PE - 3544

Carimbo e Assinatura do Médico





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

SUSPENSÃO

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: Genaro do LinoSexo: ☐ Fem ☒ Masc. Idade: _____ Peso: _____ kg Data de Nascimento: 1/1Hospital: Pernambuco Apto: C12 Enfermaria: 1 Leito: 4Recebeu 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: _____ / mm³Diagnóstico e Indicação Clínica: Reserva 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)600 ml de Concentrado de Hemácias24.10.18

_____ 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
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Nome Legível e CRM ou Carimbo

ASSINATURA

DATA:

23/10/18

MDG. 000



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572089400000022177000>

Número do documento: 19072011572089400000022177000

Num. 22862293 - Pág. 25

ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICA E DE REQUISIÇÃO

TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA, SEM TESE DE COMPATIBILIDADE: Só é indicado em raríssimas exceções e de ALTO RISCO DE VIDA. Será feita a classificação sanguínea do paciente e reclassificado o doador, não sendo efetuado a PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL (PROVA CRUZADA). Portanto o risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares existirá e será de responsabilidade do médico requisitante, isentando o serviço de hemoterapia das consequências delas advindas.

Assinatura, de acordo, para atendimento à solicitação:

COMPONENTES, CONTEÚDO E INDICAÇÕES

- **CONCENTRADO DE HEMÁCIAS:** Volumes médio de 300ml. Contém plasma residual e leucócitos. Indicado no tratamento de Anemias. Uma Unidade Aumenta 1 g/dl de hemoglobina ou 3% do Hematócrito (Adulto).

- **CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS:** Volume médio de 300ml. Indicado em pacientes pós-transfundidos e que apresentam reações transfusionais.

- **CONCENTRADO DE PLAQUETAS:** Volumes entre 50 e 70ml. Indicado em pacientes com plaquetopenia e na prevenção de sangramento em pacientes em tratamento de leucemias.

- **CRIOPRECIPITADO:** Volume entre 10 - 20ml. Contém principalmente fator VIII: C, fator de Von Willebrand, Fibrinôgeno e Fator XIII. Indicados nas hipofibrinogenemia herdada ou adquirida. Disfibrinogenemia e deficiência de fator XIII. Só é indicado no tratamento de hemofilia A e Von Willebrand quando não houver disponibilidade de concentrado de fator VIII liofilizado.

- **PLASMA FRESCO CONGELADO:** Volume entre 180 - 250ml possui todos os fatores de coagulação. Indicado em pacientes com sangramento nas deficiências múltiplas de fatores de coagulação secundária e hepatopatias, CIVD ou coagulopatia Dilucional.

RESPONSÁVEL PELOS TESTES: _____

Data: ____/____/____





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: Leandro Araújo 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 _____ Prontoatório: _____

☐ Convênio: _____ (NOME E Nº DO REGISTRO)

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

Diagnóstico e Indicação Clínica: Ex de Veno

Distúrbio de Coagulação? _____

Cirurgia Proposta: _____

ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE	TIPO DE ATENDIMENTO:			
	TRANSFUSÃO:			
	PROGRAMADA (Para determinação da hora)	NÃO URGENTE (A se realizar dentro de 24 horas)	URGÊNCIA (A se realizar dentro de 3 horas)	EXTREMA URGÊNCIA (Vida ou Morte)
<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				
_____ Plaquetoférese:				
_____ Outros (Especificar)				

MÉDICO SOLICITANTE:

DATA:

Dr. Schubert Costa
Hepatista - Transfusional
Cirurgia da Coluna
CRM 8824

Nome Legível e CRM ou Carimbo

ASSINATURA

400 435



ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPIA E DE REQUISIÇÃO

TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA, SEM TESE DE COMPATIBILIDADE: Só é indicado em raríssimas exceções e de ALTO RISCO DE VIDA. Será feita a classificação sanguínea do paciente e reclassificado o doador, não sendo efetuado a PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL (PROVA CRUZADA). Portanto o risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares existirá e será de responsabilidade do médico requisitante, isentando o serviço de hemoterapia das consequências delas advindas.

Assinatura, de acordo, para atendimento à solicitação:

COMPONENTES, CONTEÚDO E INDICAÇÕES

- **CONCENTRADO DE HEMÁCIAS:** Volumes médio de 300ml. Contém plasma residual e leucócitos. Indicado no tratamento de Anemias. Uma Unidade Aumenta 1 g/dl de hemoglobina ou 3% do Hematócrito (Adulto).

- **CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS:** Volume médio de 300ml. Indicado em pacientes pós-transfundidos e que apresentam reações transfusionais.

- **CONCENTRADO DE PLAQUETAS:** Volumes entre 50 e 70ml. Indicado em pacientes com plaquetopenia e na prevenção de sangramento em pacientes em tratamento de leucemias.

- **CRIOPRECIPITADO:** Volume entre 10 - 20ml. Contém principalmente fator VIII: C, fator de Von Willebrand, Fibrinôgeno e Fator XIII. Indicados nas hipofibrinogenemia herdada ou adquirida, Disfibrinogenemia e deficiência de fator XIII. Só é indicado no tratamento de hemofilia A e Von Willebrand quando não houver disponibilidade de concentrado de fator VIII liofilizado.

- **PLASMA FRESCO CONGELADO:** Volume entre 180 - 250ml possui todos os fatores de coagulação. Indicado em pacientes com sangramento nas deficiências múltiplas de fatores de coagulação secundária e hepatopatias. CIVD ou coagulopatia Dilucional.

RESPONSÁVEL PELOS TESTES: _____

Data: ____/____/____





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gerson Augusto da Silva Neto		
End:	R - Silva, Edson de Barros	Bairro:	João Pessoa
Data de Nascimento:	26-04-99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Atd - de	Data do Atend.:	12-10-18
		Hora:	20:50
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

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

Agamenon Lima
COREN-PB 71531-EMF

Assinatura e carimbo do profissional





HTCG-Paired Administrative

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

4) Centro cirúrgico: _____

4. (Internação (setor)) _____

(Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____)

() Alta hospitalar / () A revella
 X () Deciso Médica

Chobito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE



05/06/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a ur para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190279842 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO GERCINO ARAUJO DA SILVA NETO

CPF/CNPJ: 13264623420

Posição em 05-06-2019 11:55:30

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/05/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/05/2019	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RkCRFvHLS3mLMlyyKrmjQ==/4hsapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8cmjffjPXht56ZwazmyaMCrg=
27/04/2019	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HBtgvgvQVhlwzVknHfFbxg==/Pgrapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8cmjffjPXht56ZwazmyaMCrg=
27/04/2019	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SK13xzQLrDyTgnQamhVRqw==/FwIapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8cmjffjPXht56ZwazmyaMCrg=

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/3



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572140000000022177001>
Número do documento: 19072011572140000000022177001

Num. 22862294 - Pág. 1

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. [\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo [\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar [\(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento [\(/Pontos-de-Atendimento\)](/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização [\(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT [\(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT [\(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT [\(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes [\(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line [\(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões [\(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato [\(/Contato/telefones-de-contato\)](/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria [\(/Contato/Ouvidoria\)](/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias [\(/Contato/canal-de-Denuncias\)](/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site [\(/Mapa-do-Site\)](/Mapa-do-Site)
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT [\(/Seguro-DPVAT/Download\)](/Seguro-DPVAT/Download)
- › Consumidor.gov <https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>





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, 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

Pag. 0089/00692 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14238269





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, 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

Pag. 0019900200 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14238321





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. 00505/00508 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14328312



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 20/07/2019 11:57:21



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072011572140000000022177001>

Número do documento: 19072011572140000000022177001

Num. 22862294 - Pág. 5

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 003.5.19.00812/01
			Data de emissão: 16/07/2019
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/07/2019
Número da guia: 003.2019.600812 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,47
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.225,25
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 252509283187 520190731007 351900812014 			Valor final: R\$ 1.225,25

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 003.5.19.00812/01
			Data de emissão: 16/07/2019
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/07/2019
Número da guia: 003.2019.600812 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,47
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.225,25
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 252509283187 520190731007 351900812014 			Valor final: R\$ 1.225,25

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 003.5.19.00812/01
			Data de emissão: 16/07/2019
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/07/2019
Número da guia: 003.2019.600812 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,47
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.225,25
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 252509283187 520190731007 351900812014 			Valor final: R\$ 1.225,25





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2019.600812

Data Vencimento: 31/07/2019

Data Emissão: 16/07/2019

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: GERCINO ARAÚJO DA SILVA NETO

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.009,40

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.223,90

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800866-24.2019.8.15.0031

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista a especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

Alagoa Grande, 23.07.2019

Juiz(a) de Direito

