
Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121466

Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYARA SOARES SILVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVID CUNHA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121466

Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYARA SOARES SILVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEIVID CUNHA PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DEIVID CUNHA PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001042-1

Conta: 000009540-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 131.789.664-55 Nome completo da vítima: Deivid Cunha Pereira

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

Nome completo: Deivid Cunha Pereira CPF: 131.789.664-55

Profissão: ajudante de pedreiro Endereço: Sítio Maria Fina Número: 5/N Complemento: capão

Bairro: Lona Ruimop Cidade: São Bento Estado: PB CEP: 58.865-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (33)99655-5541

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 1042 CONTA: 9540

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: São Bento - PB 23 de janeiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deivid Cunha Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mayara Joana Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV

12 FEV. 2019

Assinatura

PROTOCOLO

(*) 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 01.103/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **15/09/2018** hora: **18:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade:
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: *****
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ANDERSON FONTES CAMPOS**

Vítima: **DEIVID CUNHA PEREIRA**, alcunha " ", Nacionalidade:
brasileiro, naturalidade: Pombal-PB, idade: 22 anos, nascido em
15/09/1996, cor/raça: *****, Estado Civil: Solteiro, Profissão:
ajudante de pedreiro, Escolaridade: fundamental incompleto,
documento: RG 4.107.778 SSP-PB, CPF 131.789.664-55, filiação:
Ivanilson Pereira de Araújo e de Rita Cunha Pereira, endereço:
Sítio Areia Fina, zona rural, São Bento-PB, referência: entrada
para o Pingo Fogo . Tel/Cel:(83) 99872-1173;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para
informar que na data de 15/09/2018, por volta das 18:00 hrs
conduzia a moto Honda CG 160 Titan, 2016/2016, chassi
9C2KC2210GR507431, vermelha, placa QFO-2225 licenciada em nome de
sua irmã Deniane Cunha Pereira, quando trafegava pela Rodovia PB
293 nas proximidades da construção do hospital de São Bento, saída
para Paulista bateu em um cavalo que atravessa a via; Que em
virtude do acidente sofreu uma fratura no braço direito e
ferimentos no pé esquerdo; Que não houveram outras vítimas; Que
comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a
consignar.

São Bento, 04 de Dezembro de 2018. Às 15:52 horas.

Deivid Cunha Pereira

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Pedro T

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

POLÍCIA CIVIL



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: 131.789.664-55 Nome completo da vítima: Deivid Cunha Pereira

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

Nome completo: Deivid Cunha Pereira CPF: 131.789.664-55

Profissão: ajudante de pedreiro Endereço: Sítio Maria Fina Número: 5/N Complemento: capão

Bairro: Lona Ruimop Cidade: São Bento Estado: PB CEP: 58.865-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (33)99655-5541

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 1042 CONTA: 9540

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: São Bento - PB 23 de janeiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deivid Cunha Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mayara Joana Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV

12 FEV. 2019

Assinatura

PROTOCOLO

(*) 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.

48-66 82-97

16050 16050-322

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2613549 CNPJ: 09.069.709/0001-18 Fichas Número: 158568
NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO
ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000
CIDADE: SÃO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Paciente: DEIVID CUNHA PEREIRA
Mãe: RITA CUNHA PEREIRA
Nascimento: 15/09/1996 Idade: 22 Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A) Cor: PARDA
Endereço: SÍTIO AREIA FINA
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SÃO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901
CNS: Identidade: 4107778SSP PB
CPF: Reg. Nat.c.:
Data / Hora: 15/09/2018 18:15:19 Recepcionista: ALISSON 9741

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME
Paciente vítima de acidente automobilístico -
motorista, com lesões graves contusões e lacerações em
face, membros superiores e inferiores.
Politraumático.
Fratura distal do rádio e
fratura do 1º e 3º dedos da m. F.

NATUREZA DA CONSULTA
☐ Consulta simples
☐ Consulta com medicamento
☒ Consulta com observação
☐ Consulta ortopédica

Caracterização Atendimento
TIPO DE ATENDIMENTO
☐ Urgência/Emergência (co n Proc.)
☐ Primeira consulta
☐ Consulta Subsequente
☐ Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade
☐ Consulta c/ referência p/ outra unidade

MEDICAÇÃO
☒ Prescrita
☐ Aplicada

ENCAMINHAMENTO
☐ P/ Observação
☐ P/ Residência
☐ P/ Amb. SUS
☐ P/ outro Hospital
☐ Internação
☐ Óbito
☐ Outros

Procedimento	Serviços Realizados	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REALIZADOS NA UNIDADE
SOLICITADOS

Outra das lesões
devido a uma queda, acidente de trânsito

MATERIAIS E MEDICAMENTOS
1- Leicoderma 13,50
2- Fio de sutura
3- Betadine 2,00 + M.G. 14,50
4- Leicoderma 1,00 + M.G. 14,50
5- Tetratol 20mg + M.G. 14,50
6- SE 0,9% 500ml G. 14,50
7- Defecamp 200mg 3FA + M. 3V 6,16h
Defecamp 200mg 3FA + M. 3V 6,16h se dor 3V 6,16h

HORÁRIO
15:30 96

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - Carimbo
Sobscrito em
Medic
CRM-PB 10339
Assinatura do(s) Responsável
CRM-PB 10339

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável
POLEGAR DIREITO

A cargo do SUS
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 FEV. 2019

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo
PROTÓCOLO
ASS. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362, 50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIVID CUNHA PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 000000009540-0

Nr. Autenticação

BRDESCO2202201905000000000023701042000000009540236250 PAGO

RITA JOSEFA DA CUNHA
SIT AREA FMA, S/N - AREA RURAL
SAO BENITO/MS CEP: 55550000 (AO: 237)

Emissão: 23/11/2018 Referência: Nov-18

Classo Subcl: RURAL/ RURAL RESIDENCIAL T3-F4-5000
Refer: 14-237-150-4020 IP Medido: 000070296



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Endereço: Rua do Comércio, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP: 53011-000
CNPJ: 06.940.700/0001-40 - Insc. Est: 16.975.524-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica J05716.038.155
Cod. para Dig. Automático: 0021977895

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/ RANI

Nov / 2018 23/11/2018 21/12/2018 764.713.574-00

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/797789-5

Canal de contato

- Expiração de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/12/18	8417	23/11/18	8626	1	209	30
Demonstrativo						
Código		Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.
						Alug. Item (R\$)
						Base Calc. Per (R\$)
						Per (R\$) (R\$4036) (R\$42878)
0001	Consumo em kWh			209,000	0,422580	88,32
0001	Adic. B. Vermelha					2,53
0001	Adic. B. Amarela					1,69
0010	Subsídio					37,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0906	Devolução Suficiência					-39,94

COT. Cálculo de Classificação do Item TOTAL 94,54 0,00 0,00 130,30 1,23 5,00

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

16/12/2018 R\$ 94,54

Histórico de Consumo (kWh)

195 | 175 | 160 | 175 | 171 | 172 | 187 | 180 | 179 | 170 | 197 | 200
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

00ed e902 57a1 8a59 0681 d642 06bc aa4c

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DOMESTICA	11,18	0,00	NOMINAL	350	22,21
COMERCIAL	22,32				22,21
INDUSTRIAL	44,65				22,21
FIAT DOMESTICA	7,87	0,00	CONTRATADA	350	22,21
FIAT COMERCIAL	15,34		LIMITE INFERIOR	350	22,21
FIAT INDUSTRIAL	30,68		LIMITE SUPERIOR	350	22,21
DMIC	6,09	0,00			22,21
DMIC	18,60				22,21
ATENÇÃO				Total	94,54
Subvenção DEC 7.691/13 R\$ 35,94					100,00
Isento ICMS					

Valor Cobrado por kWh: R\$ 0,45

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 FEV. 2019
PROTOCOLO
AB. JOÃO PESSOA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

16/12/2018 R\$ 94,54

83660000000-1 94540054000-7 07977892018-5 11200237019-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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, Mayana Soares Silveira,

RG nº 002.490.830, data de expedição 19/08/2003

Órgão SSP/RN, CPF nº 073.952.404-64,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Cícero Gomes Barbosa</u>
Número	<u>435</u>
Apto/Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Apartamento Biximópolis</u>
Cidade	<u>São Bento</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.865-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99930-8312</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: São Bento - PB, 23 de janeiro de 2019.

x Mayana Soares Silveira
Assinatura do Declarante





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70706026

REFERENCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JONAS SEVERINO DOS SANTOS NETO
RUA CICERO GOMES BARBOSA, 435 - LOTE VIEIROPOLIS
SAO BENTO PB 58865-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Especial	
115.006.596.0025.000.000	000	1	0	0	0	
Hidrómetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N132282	16/02/2016	EXT. LACR. TUB. 100	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM. DE LEIT.	PROXIMA LEITURA		
144	149	5	30	20/12/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO	PORTA 05/2017 M5.		
OUT/2018	6	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2018	6	TURBIDEZ	37	37	37	
AGO/2018	3	CLORO	37	37	37	
JUL/2018	2	COLETO	0	0	0	
JUN/2018	4	CDR	10	30	30	
MAI/2018	4	COL. TOTAL	37	37	37	
MEDIA(M)	4	DADOS REFERENTES A:	SET/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 21/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:22:45

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

5 M3 37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS: LEI 12.741/11

VENCIMENTO:

15/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO
- INSCREVER-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Até

349-696478603-5

15/Dez/2018

HORA DE 10:19:44

TERM 062759

LOT. 13.012404-4
LOCALIDADE: SÃO BENTO
AG. VINCULADA: 4917

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG ESG PARAÍBA

VALOR DO PAGAMENTO: 37,91

826700000001 379100101151
078706026013 112018700032

349-696478603-5

13 VIA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mayana Soares Silveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.952.404-64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Deivid Cunha Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.789.664 / 55
do sinistro de DPVAT cobertura invalides da vítima Deivid Cunha Pereira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.789.664 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Cícero Gomes Barbosa</u>	Número: <u>435</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58.865-000</u>
E-mail:		Tel.(DDD): <u>193199930-8312</u>

Local e Data: São Bento PB, 23 de janeiro de 2019

x Mayana Soares Silveira
Assinatura do Declarante

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, Deniane Cunha Pereira
RG nº 003.341.405, data de expedição 04/05/2012
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 702.379.714-96
com domicílio na cidade de São Bento, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Meia Fina - Zona Rural, nº SIN
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
David Cunha Pereira, cujo o condutor era
David Cunha Pereira.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 160 Tutor Ex Ano: 2016
Placa: QFO 2225/PB Chassi: 9C2K C 2210GR 507431
Data do Acidente: 15/09/2018

Local e Data: São Bento - PB

x Deniane Cunha Pereira
Assinatura do Declarante

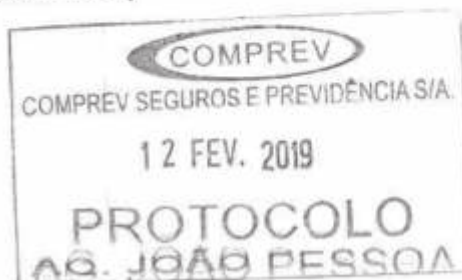
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MILTON LÚCIO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Titular: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lúcio da Silva, Nº 224 - Centro - CEP: 58.865-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: DENIANE CUNHA
PEREIRA, EM TEST. DA VERDADE, DOU FE. S1c
Rende PB, 24/01/2019.

AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA
Selo Digital de Realização Tipo Normal B-AHW78901-CGJ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 9,91 FAREN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 1,98

Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121466 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO
FRATURAS DO 1º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

16.09.18(10:00) - Paciente estável, sinais vitais normais. Refere dor no braço direito e esquerdo. aguardando transferência. Segue sob cuidados da equipe.

Blandina Dutra A. Gonçalves

Enfermeira

COREN/PA 243.867-15

Enfermeiro/COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

16.09.18(10:00) - Paciente estável, sinais vitais normais. Sono preservado. Segue aguardando transferência.

Blandina Dutra A. Gonçalves

Enfermeira

COREN/PA 243.867-15

Enfermeiro/COREN

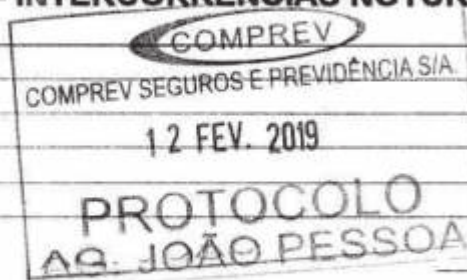
4 - CONTROLE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

HORA	06:00					
TEMP. °C						
PULSO/bpm						
R/irpm						
P.A./mmHg	120x70					
HGT/mg/dL						
DIURESE						
DRENO						
OUTROS						
ASSINATURA	mm					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Téc. de Enfermagem/COREN

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS



Téc. de Enfermagem/COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Doelida C. Pereira IDADE: 22 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 15/01/18 HORA: 21:00

2 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico DIH: _____

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

ESTADO GERAL: ☒ Estável ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Algo Orientado ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Torporoso ☐ Sedado

ASPECTO EMOCIONAL: ☒ Comunicativo ☐ Cooperativo ☐ Apático ☐ Calmo ☐ Ansioso ☐ Deprimido ☐ Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: ☐ Satisfatório ☐ Insônia ☐ Uso de medicação _____

Prejudicado _____

DOR: ☐ Não ☒ Sim Local: De ☒ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa

MOVIMENTAÇÃO: ☐ Acamado ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio

DÉFICIT MOTOR: ☐ Não ☐ Sim, especificar: _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: ☒ Sim ☐ Não

HIDRATAÇÃO: ☐ Hidratado ☒ Desidratado ☐ Anasarca ☐ Edema Local: _____

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidades ☐ Hiperemia

CONDIÇÃO DA PELE: ☐ Hematoma ☐ Equimoses ☐ Celulite ☐ Lesões, local e descrição: _____

ÚLCERA POR PRESSÃO: ☐ Não ☐ Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas a epiderme.	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção	Lesão do tec. subcutâneo. Presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ irpm ☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico ☐ Outros _____

Tosse, se sim especificar _____

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ NBZ ☐ Cateter de O2 _____ L/min ☐ Traqueostômo ☐ Dreno Tórax ☐ Máscara de Venturi ☐ Máscara com reservatório

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm **PA:** _____ x _____ mmHg ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

PULSO: ☐ Cheio ☐ Filiforme **PERFUSÃO PERIFÉRICA:** ☐ Preservada ☐ Diminuída

ACESSO VENOSO: ☐ AVC _____ ☐ AVP _____ ☐ Outros _____ ☐ Venoclise

SISTEMA GASTRINTestinal:

NUTRIÇÃO: ☐ Nutrido ☐ Obeso ☐ Emagrecido ☐ Caquético

ALIMENTAÇÃO: ☐ Oral ☐ Zero ☐ SNG/SNE, dias _____ ☐ Gastrostomia ☐ Ileostomia ☐ Jejunostomia

DIETA: ☐ Livre ☐ Líquida ☐ Branda ☐ Pastosa ☐ Hipossódica ☐ DM ☐ Outros _____

ACEITAÇÃO: ☐ Satisfatória ☐ Pouca aceitação ☐ Recusa

ABDOMEN: ☐ Flácido ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Ascítico ☐ Escavado ☐ Gravidico

☐ Doloroso ☐ RHA+ ☐ RHA- ☐ RHA ausentes ☐ Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ☐ Presentes nas últimas 24h ☐ Constipação _____ dias ☐ Sólidas ☐ Pastosas

☐ Líquidas, nº de episódios _____ ☐ Colostomia ☐ Melena ☐ Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: ☐ Espontânea ☐ Retenção ☐ Incontinência ☐ SVD, dias _____ ☐ Irrigação ☐ Cistostomia ☐ Uso de fraldas

ASPECTO: ☐ Límpido ☐ Concentrado ☐ Colúrico ☐ Piúrico ☐ Hemático ☐ Outros _____

VOLUME: ☐ Normal ☐ Poliúria ☐ Polaciúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Nictúria

COMPREV
12 FEB 2018
PROTEÇÃO DE DADOS
COMPREV
SEGUREZA E PREVIDÊNCIA S/A

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Enfermeiro/COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

15.09.18. (9:00) Paciente em estado instável vítima de acidente de moto apresentando escoriações e fratura no pé esquerdo medido e em as curvas do gesso

[Assinatura]
Enfermeiro/COREN

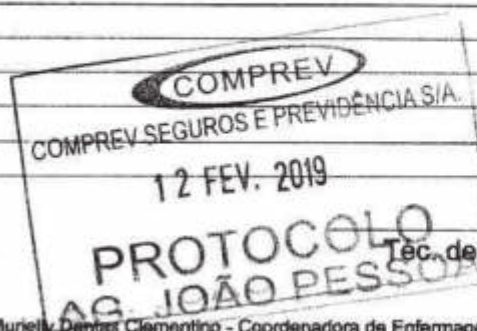
4 - CONTROLE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

HORA						
TEMP. °C						
PULSO/bpm						
R/irpm						
P.A./mmHg						
HGT/mg/dL						
DIURESE						
DRENO						
OUTROS						
ASSINATURA						

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Téc. de Enfermagem/COREN

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente Wesley Cunha Pereira

Residente na (o) _____

Município de São Bento PB

Para o (a) HR

Na cidade de Patos PB

MOTIVO

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto-
carro) com lesões crânio-cervicais e maxilo-faciais,
mão E e pé E. + dor e edematização do M.S.D.

HD: Fratura distal do rádio D

Fratura de 1º e 5º dedos do pé E

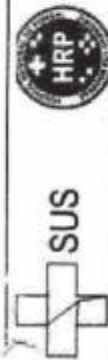
OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 15 / 09 / 19

CRM-PB 5508
Alípio
Santos Filho





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: DEIVID CUNHA PEREIRA
Mae: RITA CUNHA PEREIRA
Nascimento: 15/03/1996 Idade: 22 Cor: PARDA Sexo: M
Profissao: ESTUDANTE
Endereco: PROJETADA
Bairro: CENTRO Num.: SN
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101 Fone: (83)9870-1173
Identidade: 4107778

CNS: Reg. Nasc.:
CPF: Recepcionista: SANDRA
Data / Hora: 17/09/2018 12:15:19 N Ficha: 74179 N Prontuario: 33427
Atendimento: CONSULTA

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS
PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Exame com antebraço P
para controle de glicose há 2 dias.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados com antebraço P

RESULTADOS
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO BESSOA

MODALIDADES DE ATENDIMENTO

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

CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Fratura de antebraço CID-10

MEDICAÇÃO
1. PRESCRITA
2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO
OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
RESIDÊNCIA
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	030	20	20	20	20	20	20	20	20
2 -									
3 -	22	22	22	22	22	22	22	22	22

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Crm / Cns

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000

Polágar Direito

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 17/09/2018 15:32:12

Ocorrência: **INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.:

Paciente **DEIVID CUNHA PEREIRA**

Idade: 22 Sexo: M

Filiação

Pai: IVANILSON PEREIRA DE ARAUJO

Mãe: RITA CUNHA PEREIRA

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: PROJETA DA

Bairro: CENTRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone: (83)9870-1173

N. SN

Documentos

CNS: 700-8079-4651-4686

Identidade: 4107778

CPF:

Req. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 15/03/1996

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

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

Trauma com antebraço (D) exposto
Ocidente de nato

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

Sign e adema em antebraço (D)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)



Diagnóstico:

Fractura de nádo (n)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: SANDRA

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

DEIVID CUNHA PEREIRA

4 - PRONTUÁRIO

33427

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-8079-4651-4686

6 - DATA DE NASCIMENTO

15/03/1996

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

RITA CUNHA PEREIRA

10 - TELEFONE

(83)9870-1173

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

IVANILSON PEREIRA DE ARAUJO

12 - ENDEREÇO

PROJETADA

N.: SN

CENTRO

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em antebraço direito
EF Son e edema em antebraço @

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Roxo x

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de náveo @

22 - CID 10 PRINC.

S52.3

23 - CID 10 SEC

V29.9

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

26 - COD PROCEDIMENTO

5408020407

27 - CLÍNICA

Ortopedia

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

Urgência

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

036784304-81

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB: 7801 / CRM/PE: 19497
1801.18253

32 - DATA SOLIC.

17/09/18

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR/MEDICO)

CRM/PB - 20720-0-
Diretor

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2018

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PROVIDÊNCIA
AC - 1801.18253

Rua Princesa, s/n - Bomal

HOSPITAL REGIONAL DE POMBA - MANOEL RUY CARNEIRO

Nome: Deivid Cunha PereiraFiliação: Rita Cunha PereiraSexo: Mas. Idade: 22a. Cor: PardaProcedência: clínica: luxatão Data: 17/09/18Cirurgião: Dr. Fátima Laminina Auxiliar: _____Anestesista: Dr. Siddhanta Roca Anestesia: _____Início da anestesia: 18:00 Término: 18:40 Duração: _____Início da intervenção: 18:18 Término: 19:30 Duração: _____

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrão	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos

Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-



Hospital: HRP		Enfermaria		Leito	Nº Prontuário	
Nome: Leandro Cunha Fereira		Idade		Sexo	Altura	
Data		Pressão Arterial Pulso		Respiração	Temperatura	Peso
Tipo Sanguíneo	Hemáties	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria	Outros
Ap. Respiratório: MAO SRA				Aorta		Bronquite
Ap. Circulatório: BOM FRC em 2m				Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo: Ferir				Ap. Urinário		
Estado Mental: Alerta				Alergia		Hipotensão
Diagnóstico Pré-Operatório: 18 - 019:30h				Estado Físico		Risco
Anestésia Anterior						
Medicação Pré-Anestésica: (18) 112 (19)				Aplicado às	Efeito	
Efeito				Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	02			INDUÇÃO		
02	SD			Satis.: _____ Exat.: _____ Tossir: _____		
1107	32			Laringo espasm.: _____ Lente: _____		
LÍQUIDO	UM			Náuseas: _____ Vômito: _____		
MSD	UM			Outros: _____		
CÓDIGO P.V. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO e ANESTESIA: OPERAÇÃO	260			MANUTENÇÃO		
240	220			Ketozolam 10		
220	200			Fentanyl 10		
200	180			Propofol 10		
180	160			Terbutalina 10		
160	140			Shunt 27		
140	120			ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____		
120	100			Não, por quê? _____		
100	80			DESPERTAR		
80	60			Reflexo na SO: _____		
60	40			Oxig.: _____ Co2: _____ Exat.: _____		
40	20			Náuseas: _____ Vômito: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				Outros: _____		
Posição: AD, H				Como Clínica		
Agentes: 1) Ketozolam 5. (2) Ketozolam 100 (3) Lidocaina 0,75!				Para leito Sim: _____ Não: _____		
Técnicas: 1) Ketozolam 5. (2) Ketozolam 100 (3) Lidocaina 0,75!				CONDIÇÕES:		
Operação: Troca cirúrgica fôrmes no 2m						
Cirurgião: HR Cunha						
Anestésico: HR Cunha						
Observações:						

Anotar, no 9, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

David Quoba

Cor:

Enfermeira:

Leito: Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
17/09	Dueto VO livre 895994 1200 ml CV 744 3) Polibutirena 5 + 12 EV Calda 4) Talco 400mg EV 1 CV 5) Difenidramina 10mg + 12 EV Calda 6) Difenidramina 10mg + 12 EV Calda 7) 8844 + CC de	OK 18F 20F 08:00 09:00 11:30 SN SN OK	Mar. 8844 Med. de Med. 8844 Tel. 8844 8844 8844 8844 8844 8844
18/09	Alta hospitalar	evento!	

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:

Nome:

Deivid Cunha Ferreira

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
17/09/18	Paciente submetido a cirurgia 2m internado Od UPM	
18/09	Alte hospitalar	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 FEV. 2019
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		ENF.	LEITO
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO			
TIPO DE OPERAÇÃO			
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 FEV. 2019
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

- 1) Posição em gnh, sob bloqueio anestésico
- 2) Anestesia e Antiespasmódico
- 3) Colocação de campos cirúrgicos
- 4) Incisão em forma de U de antebraço (1)
- 5) Anestesia por bloqueio
- 6) Visualização da fratura
- 7) Redução, sangramento de fr + fixação com placa MCP + Garg
- 8) Hemostase + Sutura por planos
- 9) Curativo

Jr. José Cassiano Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 7801 CRM 19497
RQE 15263



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Derivid Cunha Pereira Leito: 02
Pront.: _____ Procedência: Residência Enfermeira: Cardiologia Data da admissão: 17.09.18
Idade: 22a Sexo: ☒ M () F Religião: _____ Ocupação: Agricultor
Escolaridade: 9º Ano Ens. fund. incompleto Estado Civil: Solteiro

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Fratura de rádio
Tipo de tratamento: Osteossíntese de rádio

3. Necessidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: ☒ Preservada () Prejudicada

Oral: ☒ Preservada () Prejudicada

Demanda de Auto Cuidado: _____

Sono e repouso: ☒ Satisfatório () Prejudicado () Insônia () Auxiliares do sono Qual: _____

Dieta: () Preservada () Prejudicada () Ajuda para Alimentação () Restrição Alimentar

Movimentação: () Deambula ☒ Não deambula () Restrito ao Leito () Acamado

Movimenta-se com ajuda: () Sem movimentação ☒ Limitação localizada de movimento

Interação Social: ☒ Comunicativo () Não Comunicativo

Conhecimento sobre seu problema de saúde: ☒ Informado () Não informado

Orientação quanto procedimento cirúrgico: ☒ Boa () Insuficiente () Não orientado

4. Fatores de Risco:

☒ Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: N

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): Utricule

Antecedentes familiares: Colecistectomia, apendicite, câncer (mãe)

Uso de medicamentos: -

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: 36.9 °C P: 63 bpm R: 20 ipm PA: 120x70 mmHg FC: 65 bpm

Peso: 73 Kg Altura: 1.65 cm CA: _____ cm

Estado nutricional: ☒ Normal () Obeso () Emagrecido () Caquético () Desnutrido () Outro

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado

Nível de Resposta:

Satisfatório

Pele / Tecido: ☒ Íntegra ☒ Hidratada () Ressecada () Sudoreica () Pálida () Cianótica () Escara

Cabeça: () Alopecia () Seborreia () Pediculose () Outros: _____

Face: () Cushingóide () Paralisia facial () Acromegálica Expressão: _____

Olhos: ☒ Visão normal () Visão turva () Acuidade visual diminuída () Cegueira () Exoftalmia

() Processo inflamatório / Infeccioso

Aspecto da mucosa/outros: Normocrorada

COMPREV

SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE REVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTÓCOLO

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nariz: (☒) Sem anormalidade () Deformidade () Obstrução () Secreção () Epistaxe _____

Ouvidos: (☒) Audição normal () Diminuída () Zumbido () Surdez () Processo inflamatório/infeccioso
() Outros: _____

Boca: () Cáries () Falhas dentárias () Halitose () Língua saburrosa () Prótese

Mucosa oral: (☒) Íntegra () Lesões: _____

Pescoço: () Linfonodos palpáveis () Tireoide aumentada () Ingurgitamento jugular () Traqueostomia
() Mov. Difícil ou doloroso () Outros: _____

Tórax: () Atípico (☒) Típico _____ Expansão torácica: (☒) Normal () Diminuída _____

Mamas: () Assimétricas () Presença de nódulos palpáveis () Secreção: _____

Sistema Respiratório: () Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Em repouso () Mín. Esforço
() Méd. Esforço () Grand. Esforço () Uso O₂ () Tosse () Secreção () Ausculta pulmonar _____

Atividade Cardíaca: (☒) Regular () Irregular Frequência: _____

Edema: Sem edema.

Sist. Digestivo/abdome: (☒) Plano () Distendido () Tenso () Globoso () Incisão/cicatriz cirúrgica () Sonda
() Náuseas () Vômitos () Pirose () Plenitude pós-prandial () Dificuldade deglutição.

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

A palpação: (☒) Flácido () Doloroso Hepatomegalia () Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica): Dificilmente

Genito-urinário: (☒) Micção espontânea () Incontinência () Retenção () Dispositivo p/ incontinência () Sonda
() Disúria () Poliúria () Polaciúria () Nictúria () Oligúria () Anúria () Hematúria () Colúria
() Prurido () Corrimento () Lesões () Aspecto de urina

Atividade sexual: () Não tem atividade () Tem atividade () Uso de preservativo: _____

Ciclo menstrual: () Normal () Menopausa () Dismenorreia () Amenorreia () Hipermenorreia: _____

Membros Sensibilidade: (☒) Preservada () Parestesia () Cãibras Força motora: () Preservada () Paresia

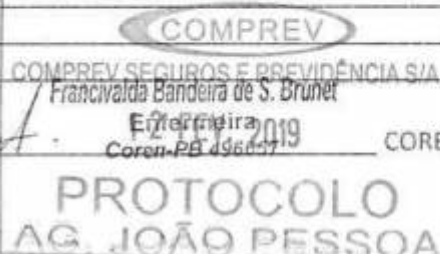
() Plegia () Im. de mov. articular Pulsos periféricos: (☒) Palpáveis () Diminuídos () Ausentes () Amputação

Rede venosa: AVP MSE. Gelco 20. 17.09.18. Socorro

6. Impressões do Enfermeiro:

Paciente admitido neste setor, procedente de sua residência, em maca
acompanhado, com MSB instável, com escoriações nos membros
do exame: consciente, orientado, hidratado, dieta zero,
insuficiente, febre 38,5°C, palmas frias, expansibilidade pre
torácica, mult (+), normotensa, normocárdica, batidas 2T, regular, per
foréticas, abdome: plano, flácido, indolor à palpação,
RfA (+), eliminação venosa intestinal (+) Sie. Em observação,
aguardando procedimento cirúrgico.

Enfermeiro: Francivalda



COREN: _____

DATA: 17/09/18

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ÁREA VERMELHA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: em Leito: 11 Data Admissão: 17/04/18
Paciente: Deivid Barbosa Pereira Idade: 20 anos Hora Admissão:
Dias de Internação: Turno: DM SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: Estatura:

Admitido: () Deambulando (x) Cadeira de rodas () Maca () Outros:

Veio transferido: (x) Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha
() Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetrícia () Clin. cirúrgica/Obstetrícia () Clin. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: /

Tipo de tratamento: () Clínico (x) Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável (x) Regular () Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u> </u> °C	P: <u> </u> bpm	R: <u> </u> irpm	PA: <u> </u> x <u> </u> mmHG
18h00	T: <u>36.9</u> °C	P: <u>65</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>120</u> x <u>70</u> mmHG
00h00	T: <u>36.0</u> °C	P: <u>72</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>60</u> x <u>70</u> mmHG
06h00	T: <u>36.1</u> °C	P: <u>79</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>60</u> x <u>60</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (x) Consciente () Inconsciente (x) Orientado () Desorientado () Confuso (x) Cooperativo
() Não Cooperativo (x) Comunicativo () Não Comunicativo (x) Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: (x) Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: (x) Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim (x) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (x) Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim (x) Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva

Curativo: () Sim () Não Data: / / Hora: : :

Estado nutricional: (x) Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: (x) Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim (x) Não Frequência:

Eliminações intestinais: (x) Presentes () Ausentes Frequência:

Aspecto: (x) Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: (x) Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias

() SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: (x) Limpida () Concentrada () Hematúria

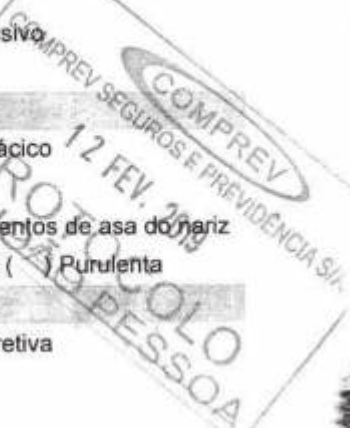
Diurese: (x) Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando (x) Deambulação prejudicada

Edema: (x) Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venoclise: () MMSS e MMII () MSD (x) MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data
punção: 17/09/18 Hora: 16:00 (x) Gelco N° _____ () Scalp N° _____

Quem punccionou: HRP

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: (x) Se sim: data: 18/09/18, hora: 7:00 Médico: Dr. Carneiro
() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____

Hiria Gutierrez de Oliveira Nunes
Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Téc. en. enfermagem
COREN-PB: 950846

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: ____/____/____, hora: ____:____, causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente evoluiu em ECR e segue
aguardando procedimento

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

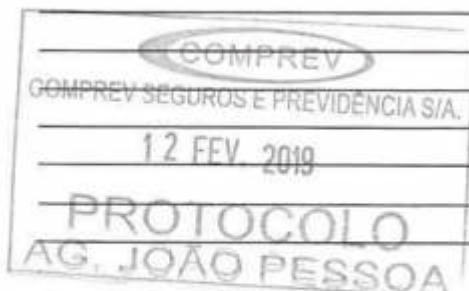
Data: 17/09/18 Hora: 18:00

M. do S. _____
Ass. _____
COREN: 437.955

Hiria Gutierrez de Oliveira Nunes
Téc. en. enfermagem
COREN-PB: 950846

AValiação Noturna do Técnico em Enfermagem:

Paciente evoluiu nos cuidados da equipe de enfermagem



Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
Coren-PB. 001.331.253

Maria Deyssa Vieira Machado
Téc. Enfermagem
Coren-PB 673.099

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Ana Raquel + Deyssa

Data: 17/09/18 Hora: _____



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.107.778	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/10/2012
NOME	DEIVID CUNHA PEREIRA		
FILIAÇÃO	IVANILSON PEREIRA DE ARAUJO RITA CUNHA PEREIRA		
NATURALIDADE	POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO	15/09/1996
DOC. ORIGEM	NASC. N. 14401 FLS. 101 LIV. A-13 PARTORIO SÃO BENTO-PB		
ASSINATURA DO DIRETOR			

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 15/09/1996

Nome DEIVID CUNHA PEREIRA

Número 131.789.664-55

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Recem Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CÓDIGO DE CONTROLE
61B5.E84B.E168.2E74

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 10:08:11 do dia 23/03/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P-239

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Mayara Soares Silveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

073.952.404-64

MAYARA SOARES SILVEIRA

28/01/1988



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.490.830

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/08/2003

NOME MAYARA SOARES SILVEIRA

FILIAÇÃO
JOÃO DE DEUS SILVEIRA DINIZ
RITA SOARES SILVEIRA

NATURALIDADE
SAO BENTO PB DATA DE NASCIMENTO 28/01/1988

DOC. ORDEM
NASCIM LOA10 F-093 RG-010371
SAO BENTO PB 01 CARTORIO

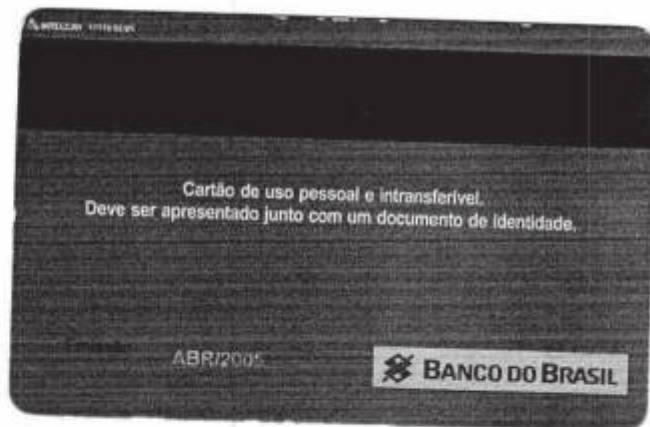
CPF 211100 4

Reynaldo da Costa Júnior

ASSINATURA DO DIRETOR

Sub-Coordenador

ITEP-CAICQ/RN



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

ABR/2005

BANCO DO BRASIL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 FEV. 2019

PROTOCOLO
19. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200919393
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM 018220000769-5 EXERCÍCIO
1 0108732008-6 00/00000000 2018

NOME
DENIANE CUNHA PEREIRA

CPF / CNPJ 70237971496 PLACA QFO2225/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB PC2KC2210GR507431 CHASSI

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

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI PARTIC CATEGORIA COR PREDOMINANTE VERMELHA

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

FAIXA 1 PVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 05/10/2018

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NOVO VALDO PARA TRANSC NACIA 0

SAO BENTO-PB LOCAL 05/10/2018 DATA

41581 16624

LAURE 004366-1530

CONTRAN

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

PB Nº 014200919393 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 05/10/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
70237971496 QFO2225/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
103-324086 HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016 Nº CHASSI
9 PC2KC2210GR507431

PREMIO TARIFARIO

FNE (R\$) DEMATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SEGURO PAGO

***** PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
***** 05/10/2018

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGRALORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

16624-1536089-20181005

12 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Deniane Cunha Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Proprietária
do
Veículo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.341.405 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2012

NOME DENIANE CUNHA PEREIRA

FILIAÇÃO IVANILSON PEREIRA DE ARAUJO RITA CUNHA PEREIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE PB DATA DE NASCIMENTO 28/03/1995

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A-88 F-221 RG-102256

CAMPINA GRANDE PB-1 CARTORIO

CFF 702.379.714-96 1a. VIA

Ludmila Jammal Fernandes

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLADO

AO JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121466 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO
FRATURAS DO 1º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Deivid Cunha Pereira
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: ajudante de pedreiro Nº DO RG: 4.107.778
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 04/10/2012
Nº CPF: 131.789.664-55 ENDEREÇO: Sítio Área Fina,
21m, Zona Rural, São Bento - PB

OUTORGADO: Maryana Soares Silveira
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: casada
PROFISSÃO: advogada Nº DO RG: 002.490.830
ORGÃO EMISSOR: SSP/RN DATA DE EMISSÃO: 19/08/2003
Nº CPF: 073.982.404-64 ENDEREÇO: R. Lírio Gomes Barboza,
435, loteamento Bicenópolis, São Bento - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Deivid Cunha Pereira, Data do Acidente 15/09/2018,
Cobertura invalidiz a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

São Bento - PB, 24 de fevereiro de 20 19.



Deivid Cunha Pereira

Assinatura

GRS- Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

MARTON LÚCIO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Tribunal: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lúcio da Silva, nº 224 - Centro - CEP: 58.965-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: DEIVID CUNHA PEREIRA. EM TEST. B DA VERDADE, DOU P. 54c
Bento-PB, 24/01/2019.

Saionara Cavalcanti
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-ARW79588-GN5P
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 8,91 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 1,98

Saionara Cavalcanti
Escrevente
Cartório Milton Lúcio

São Bento Cartório Único Registro Imóveis e P. P.
Marton Lúcio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas, Títulos e Documentos
Oficial de Protestos e Letras
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento - PB Fone: 83-3444 2532



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051668/19

Vítima: DEIVID CUNHA PEREIRA

Data do acidente: 15/09/2018

CPF: 131.789.664-55

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DEIVID CUNHA PEREIRA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAYARA SOARES SILVEIRA : 073.952.404-64

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

DEIVID CUNHA PEREIRA : 131.789.664-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: MAYARA SOARES SILVEIRA
CPF: 073.952.404-64

MAYARA SOARES SILVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA