

---

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **IVANEZ DA SILVA LIMA**  
  
Nº Sinistro: **3180184408**  
Vitima: **IVANEZ DA SILVA LIMA**  
Data do Acidente: **26/10/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184408**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

**Sinistro:** **3180184408**

**Vítima:** **IVANEZ DA SILVA LIMA**

**Data do Acidente:** **26/10/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **INACIO BRUNO SARMENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180184408** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Nº Sinistro: **3180184408**

Vitima: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: **26/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180184408**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180184408**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MARIA BEZERRA DE ANDRADE nº 279 - AREA RURAL - AREIA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2523800 - SSP**

Data e local do acidente: **26/10/2017 AREIA/PB**

Data e local do exame: **07/05/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**fratura de zigoma direito**

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

**redução incruenta de fratura do zigoma**

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

**normal, sem alteração estética ou funcional**

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

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

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

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB**

  
**Dr. Bruno Brilhante**  
Cirurgião de Jútalo e Ormão  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 6492

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034 824 73463

Nome completo da vítima

Iwanuz da Silva Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Iwanuz da Silva Lima	034 824 73463	
Endereço	Número	Complemento
Rua Maria Bezerra de Andrade	279	
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	PB	58397-000
Email	Telefone (DDD) 83 33 341289	
lucinibruno.odu@gmail.com		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1100		25256	3

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

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	D/V	CONTA NRO.	D/V
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande, 03 de Abril de 2018

Local e Data

Iwanuz da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000372/18

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000372/18 registrada em 01/02/2018, que passo a transcrever na íntegra: Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:56 horas, compareceu o Sr. IVANEZ DA SILVA LIMA, com 38 anos de idade, filho de JOSÉ FIDELIS DE LIMA IRMÃO e MARIA DAS NEVES DA SILVA LIMA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 2.523.800, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 03482473463, residindo à rua MARIA BEZERRA DE ANDRADE, 279, bairro DISTRITO CEPILHO, na cidade de AREIA - PB.

#### Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 13h00min do dia 26.10.2017, estava trafegando pela área central do Distrito de Cepilho, município de Areia/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, ano/modelo 1998/1999, cor verde, chassi nº 9C2JC250XWR104142, de placa MMX-7091PB, licenciada em nome de Macílio Florêncio da Silva, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após atropelar um animal (cachorro), que estava fazendo a travessia da rua, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo por populares e encaminhado em veículo particular para o pronto socorro de Remígio/PB e posteriormente encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 1 de Março de 2018

IVANEZ DA SILVA LIMA  
IVANEZ DA SILVA LIMA

Declarante

José Alberto do Nascentes  
José Alberto do Nascentes  
Escrivão

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Isanay da Silva Lima</i>	CPF da Vítima <i>034 824 73463</i>	Data do Acidente <i>26/10/2017</i>
--	---------------------------------------	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Isanay da Silva Lima</i>	CPF do Representante legal <i>100.389.233-00</i>
Email <i>isany.silva.lima@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(11) 96100-1000</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*O. Grano 03 de Abril de 2018*  
Local e Data

*Isanay da Silva Lima*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

2017



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) N°: 1531245 CLASS/DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmás, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/10/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: IVANEZ DA SILVA LIMA CEP:58397000 Nascimento:04/06/1979

Endereço: ABEL BARBOSA DA SILVA Sexo:M Telefone: 98181660

Cidade: Areia Idade:038 Bairro:CEPILHO

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RG: N°0

Responsável: CPF: Profissão:AGRICULTOR

Estado Civil:Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Data de Atend:26/10/2017

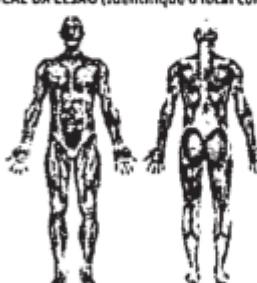
Médico: Hora: 14:51:02 CONVÉNIO:SUS Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abraçado
2. Amputação
3. Anulise
4. Cervicale
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enegrecimento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cortiça
- 15.J. Contusão
- 16.F. Contuso-cortiça
- 17.F. Perfur-o-cortiça
- 18.F. Perfur-o-contusante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Irrugidamente Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Movedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otite
30. Paralisia
31. Parésia
32. Paresthesia
33. Quemadura
34. Rinorreia
35. Síndrome de Isquémia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

TC5 e Face

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DE CLÍNICOS

Onde ele mora,

TC5 + rwe de face

de como é

tohx / abd / Brx: Novo

ALERGIA:

MEDICAMENTOS

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotoreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( )

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Sat:02

C: Sôloz. P X TX - Cx P  
TC Cx Rio e Face

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / \_\_\_\_\_ hs: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

Especialista: Zent / \_\_\_\_\_ hs: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Zur 2 am	
2	DP 2 DC	
3		
4	Alher cln / flancos	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X  
REALIZADO EM:

26/10/19

23 ABR. 2013  
PROTÓCOLO  
PESSOAL  
AG. JOÃO

MARIA DAS NEVES DA SILVA LIMA  
RUA MARIA BELEZA DE ANDRADE, 278 - ÁREA RURAL  
ÁREA I / PB CEP: 58297000 (AD: 71)

Emissao: 15/01/2018 Referencia Jan / 2018  
Categoria/Subsí: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Pr200, K=25, Círculo Redondo - João Pessoa / PB - CEP: 52011230  
Endereço: Rua 72 - 210 - 7010  
NP medidor: 03095584191



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Cidade: João Pessoa / PB - CEP: 52011230

CNPJ: 09.095.163/0001-40 Iss. Est. 16.01.823-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº 000519274

Cód. para Dif. Automático: 00004971453

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Jan / 2018 15/01/2018 14/02/2018 7973998400  
Inst. Ed:

UC (Unidade Consumidora): 5/497145-3

Canal de contato

- Comunicar sua energia consumida também nas redes sociais: Facebook (@energisa), Twitter (@energisa), e no e-mail (@energisa), sempre que precisar da gente.  
Queremos estar sempre perto de você!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	DIAS
Data	Lectura	Data	Lectura	
15/12/17 572 15/01/18 542				
<b>Demonstrativo</b>				
CCN	Descrição	Quantidade Total	Valor Base Cál. Aq. Instal.(R\$) Base Cál. Perfil(%) Cofre(R\$)	
		Total da Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Perfil(R\$) (1.0552%) (4.7687%)		
0501	Consumo em kWh	67.000 0,714770	47,99 47,99 25 11,97 47,99 0,50 2,28	
0501	Adic. E. Vermelha		1,47 1,47 25 0,37 1,47 0,01 0,07	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0507	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCT Código de Classificação do item TOTAL: 66,18 - 49,29 - 12,34 49,38 0,51 - 2,35

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

22/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 56,16

55 1 64 1 69 1 63 1 67 1 61 1 63 1 73 1 62 1 6 1 58 1 57  
Dez/17 Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 May/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17

PESO / KILO / GÊNERO  
6751.4a28.5b42.978e:e916.351f.ea57.7f34.

Indicadores de Qualidade 11/2017-Esperança

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	11,54	0,89	NOMINAL
DIG. TRIMESTRAL	23,29		220
INC. ANUAL	47,79		
FIC. MENSAL	1,74	1,00	CONTRATADA
FIC. TRIMESTRAL	15,48		LIMITE SUPERIOR
FIC. ANUAL	30,89		202
DIFC.	8,59	0,88	LIMITE SUPERIOR
DIFC.	16,20		231

Discriminação	1 Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/F26	12,07	23,27
Compr. de Energia	15,48	27,53
Compr. de Transmissão	2,01	3,58
Serviço de Transmissão	2,82	5,04
Encargos Sist. e Infraestr.	22,67	40,17
Encargos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços		
Total	56,16	100,00

Valor do EURO (Ref. 11/2017) R\$ 16,96

ATENÇÃO

Faturas em atraso

23 APR 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**INACIO BRUNO SARMENTO**  
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 800 / B - B-0000 CONGO  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AG 4017) \*



ENERGESA DORDOCHENA - DES TRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
São Paulo - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58422-700  
CNPJ: 026 5260001-85 Insc Est: 16.003.033-1

ENERGIA SULOR/PE - DIGI FORNECEDORA DE ENERGIA SUL  
Sul do Estado - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08 825 595 0001-95 - Inscrição Est. 15.003.803-1

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data'prevista'da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	20/12/2017	19/01/2018	3678181406 Int. Est.

**UC (Unidade Consumidora):**

4/20/1994-8

5/20/2014 8:53:42

**Canal de c...**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lefatura	Data	Lefatura	

CÓD.	Descrição	Demonstrativo								
		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Calc	Prf.(R\$)	Celso(R\$)	
		Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS		Por Calculo(R\$)	(0,4577%)	2,03895		
0801	Consumo em kWh	120,000	0,008250	72,78	72,78	27	18,84	72,78	0,03	1,53
0801	Adic. B. Vermelha		0,00	0,00	27	1,64	0,00	0,03	0,13	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0807	CONTRIB ILUM PÚBLICA	10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 11/2017	0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 11/2017	1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Caderno de Classificação do item 777744 - 100% 21.20 70.00 8.35 100

USO DURANTE O MESMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	28/12/2017	R\$ 90,44

RESERVADO AO FISCO  
d6f0.d4ab.ec16.5028.93b4.33c2.3be2.8a51

Indicadores de Qualidade		M-17-2004	
	Límites da ANATEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,31	0,00	NÔMIAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,62		
FIC ANUAL	21,25		
FIC MENSAL	3,36	0,00	CONTRATADA 200
FIC TRIMESTRAL	8,72		LÍMITE INFERIOR 190
FIC ANUAL	12,45		LÍMITE SUPERIOR 220
DIFC	3,03	0,00	
DIC91	12,22		

Composição da Conta		
Descrição das Operações	Válor (R\$)	%
Serviços da Cia. de Energia	60	10,43
Compra de Energia	26,58	51,81
Bônus de Transmissão	7,47	1,14
Encargos Sociais	7,47	8,23
Impostos Diretos e Encargos	34,60	36,59
Outras Serviços	0,00	0,00
<b>Total:</b>	<b>80,44</b>	<b>100,00</b>

Valor do BSB (P/M 10/2017) R\$ 12,50

ATENCAO

Filmes em alta voz

#### -Lectura confirmada

ATENCAO

Filmes em alta voz

**energisa** BORBOREMA  
Ribeirão-12-401-658-4320  
Ademarita-304-994-2017-12-5

VENCIMENTO  
28/12/2017

**TOTAL A PAGAR  
R\$ 90,44**

83630000000-4 80440147000-3 02048842017-0 12500401018-0



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Brumz Samendo inscrito (a) no CPF 036781814, 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Brumz da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 034824734, 63, do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima José Brumz da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039824734, 63, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Antônio Seznec 80 Almeida</u>	Número	<u>800</u>	Complemento	<u>B1</u>
Bairro	<u>Indeconas</u>	Cidade	<u>Campina Grande</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>(nacio.brums.alv@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>8333391289</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83999885048</u>

C. Gondi , 05 de Abrial de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Macilio Florencio da Silva, RG de nº 21 39862, data de expedição 06/09/1994, Órgão SSP PB, portador do CPF nº, 023 125 1014 122, com domicílio na cidade de Areia, no Estado de Pernambuco, onde reside na Sitio Maracanãzinho, Rua/Avenida/Estrada/sítio) nº S/N, Bairro Zona rural, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a Vítima Ivoney da Silva Lima, cujo o condutor era Ivoney da Silva Lima.

Veículo motocicleta Honda;

Modelo Honda /CG 125 1999;

Ano 1998 modelo 1999;

Placa M MX-7091/PB;

Chassi 9C2JC250XWR104142;

Data do Acidente 26/10/2017;

Local e Data Areia 25/01/2018.

x Macilio Florencio da Silva

Assinatura do Declarante ( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Ivoney da Silva Lima

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



Cartório do 1º Ofício. RECONHEÇO VERDADEIRA E FIRMA-E-  
LETRA (POR AUTENTICIDADE) DE: MACILIO FLORENCIO  
DA SILVA. Selo digital de fiscalização Normal tipo B AG662756 -  
W9CT. Confira os dados do ato em: <https://selodigital.jus.br>  
Areia, 25.01.2018. Eu, Leida Azevedo de Albuquerque, Escrivão do  
Notário.

23 APR. 2018  
PROTOCOLO  
JOÃO PES.

26/10/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARÉCER MÉDICO

Bkt. Paul Nm at cont. or 115.  
applied F-5m on 113 m<sup>2</sup> of far.  
Fertilizer added  
add Paul again next

② Infra-

*to Ladd Nels*  
NEW YORK TRAVELERS  
INSURANCE COMPANY

From - to - file

Mca

pendible de un b. c. - compuesto

Glossy 15  
in depth

Si l'assurance peut renouveler de ces

"probleme l'avenir de la

卷之三

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

- Centro clínico \_\_\_\_\_  Alta hospitalar /  A revista  
 Internação (setor)  **Saúde**  Decisão Médica  
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL  Jóibio

~~Gilson da SILVA Santos~~  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

#### **SERVIÇOS REALIZADOS**

9.11.14 /viewintothefuture/moreinfo.php?contid=1531255

22

*COMPREVISÃO DE MATERIAIS*  
23 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## **Ficha de Acolhimento**

Nome: Iúnez da Silva Lima  
End: Abel Barbosa da Silva Bairro: Cepinho  
Data de Nascimento: 02.06.49 Documento de Identificação: Areia  
Queixa: Ac. de Data do Atend.: 26.10.14 Hora: 14:25 Documento:  
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( / ) Não

## **Classificação de Risco**

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo    Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

**Freqüência respiratória:**

#### **Frequência cardíaca:**

#### **Pressão arterial:**

#### **Temperatura axilar:**

## Dosagem de HGT:

Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD-110

## Estratificação

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

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

#### **Assinatura e carimbo do profissional**

COL. PREVISÃO  
23 ABR. 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAÍBA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA**  
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N  
CENTRO - REMÍGIO - PB

## Oncaminamento

Oncaminho o senhor  
Franz da Silva Bime,  
39 anos, vítima de queda  
de moto há cerca de 20min,  
tendo apresentado hipotímia  
no momento do ocorrido.

Paciente caleolizado.  
Acompanhante afirma histó-  
rico de epilepsia, porém não  
sabe informar sobre medicacões  
ou uso contínuo. Refere dor  
em hemiface ①.

do exame: EGR, sinais de  
alcoolismo, respira ar ambiente  
saturando satisfatoriamente, fe-  
modinamicamente estável, cons-  
ciente, orientada, ECG, IS, pupi-  
las isocônicas e motorreagentes,  
circular livre. Se presenta escoria-  
ção em membros superiores. Reba-  
scimento em nível da superfície  
e gromatismo obnubilado, neonatoma  
peri-orbital direito, epistaxe (a).

**ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO**

DATA: 26.10.17

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



ESTADO DA PARAÍBA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PRONTUÁRIO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA  
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N  
CENTRO - REMÍGIO - PB

- Pouco agitado, tímido,  
normocárdico, saceresótico,  
anidérmico.

- MV + em AHT, SI RA.
- RCR em 2T, BCNF, SIb.
- Abdome plano, depressível,  
indolor à palpação.

O caminho para avaliação  
e/ou neuroológica + BMF.

# SSVV = PA: 140-90 mmHg  
HGT: 106 mg/dL  
FC: 70 bpm  
FR: 16 bpm  
SatOz: 92% em A.A.

- # Feito:  
1) HV (2 acessos)  
2) Dipivona EV  
3) Sutura de ferimento  
externo - contuso em  
superfície D.  
4) EGG.  
- amente.



ESTA RECEITA

Data da internação: 26/10/2017 Hora: 16:02:22

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>IVANEZ DA SILVA LIMA</b>			6 - N° DO FRONTUÁRIO <b>1531295</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>700105930117911</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>04/06/1979</b>	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA DAS NEVES</b>			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N° DE TELEFONE <b>98181660</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>R ABEL BARBOSA DA SILVA , 0 , CEPILHO</b>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Areia</b>		M - CÓDIGO MUNICÍPIO <b>250110</b>	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58397000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Doenças crônicas de 1/3 milho de En</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Fazem 2 juntas trilhos</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA <b>Bruc</b>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016276865198</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ALFREDO LUCAS NETO</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/10/2017</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO    ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR	( <input type="checkbox"/> ) AUTÔNOMO	( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO	( <input type="checkbox"/> ) APOSENTADO	( <input type="checkbox"/> ) NÃO SEGURADO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		/ /		



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ivaney da Silva Sohma Idade: 38 anos  
Convênio: S.U.S Data: 07/11/17  
Procedimento: Reduzir Incruxante

<b>Observações:</b>	23 AGO 2013 PROTÓCOLO - AG. JOÃO PESSOA
	Assinatura Anestesista
	Circulante



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		3
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

Assinatura do anestesista

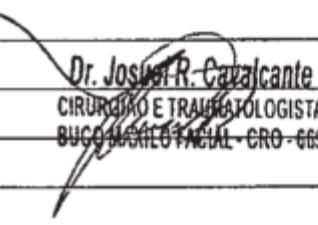
COLETA DE DADOS  
 23 ABR 2010  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Nome do Paciente	Ivanez da Silva Lima		Nº Prontuário	1531245
Data da Operação	07/11/17	Enf.	Leito	
Operador	José R. Cavalcante		1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Malicio	Tipo de Anestesia Genot		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura Diagnóstica D			
Tipo de Operação	Reduz Inserção			
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia	nao houve			
Exame Radiológico no Ato	nao fez			
Acidente Durante a Operação	nao houve -			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Acesso tático;
- Colocação gesso-into;
- Reduzindo o ponto fratura no osso zigomático dentro;
- Curativo.

  
 Dr. José R. Cavalcante  
 CIRURGÃO E TRAUMATOLOGISTA  
 BUCOMAXILOFACIAL - CRO-669

COLEGIADO DE MEDICINA  
 23 ABR. 2010

PROTÓCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Wanez da Silva Lemos Alojamento \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_ Convênio \_\_\_\_\_ 9-2

## Diagnóstico

Fish, Ave Zijlstra D  
Recreat Ticevante

Data:	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07	01 A Dente limpe		Paciente Subjceto a recorrer ao consultório faturando com excesso figurativas dentes.
10	02 Sulfato de		
17	03 Dapivirine 150 mg ev cada 06 hr dias	SLN 14 02 04	Sulfato Rx continua por questões que HHRZ.
	04 Desodorante ET		
	05 Balsam		
	06 Gencodex gelas		
			Dr. Josue P. Cavalcante CIRURGIO-ORL/TRAUMATOLOGISTA BUCO-MAXILO-FACIAL - CRD-669
08	Afli. hiperplastico, espessas		
11	lsgd. tonsilar		
19			

MDD-635

CO-FRETE 23 ABR. 2013  
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA



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

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

WCO. 635

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO FERREIRA  
23 ABR 200



SECRETARIA DE SAÚDE //  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DÔM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

COLETA DE FOLHOS 12  
13 ABR. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8-8

F7 1/3 midlo

Paciente Tiago da Silva Lima

Alojamento - 2

10

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/11	1. Dista. Protetor brinco		#RME
17/11	2. SF d.9.1. 1000ml XEV 8/14 56 5.1 500ml } Monalito	0	
	3. R. colagen 1g EV 12/12h	10 00	
	4. Zidovudil 250mg EV 12/12h	10 00	
	5. Diproterato 250mg + 10 EV 6/6h	10 00	
	6. SdUV + CEG	10 00	
Dr. Henrique Araújo Almeida Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial Implodontologia CRM-PB 4441			Dr. Henrique Araújo Almeida Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial Implodontologia CRM-PB 4441

MOC 134

1940-1941

12 APR. 2013

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**



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

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

०५

ANSWER

ARQUIVO GERAL DE JOÃO PESSOA  
CÓPIA PREVIA DE 23-04-2013  
23 ABR. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Silenez de Siqueira Alojamento 9 Leito 2 Convênio



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

## **Diagnóstico**

Frost: 1/3 Martin to face

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MOA.035

*COL. PREVÉ, M. R. F. P. A. M. D. A.*  
23 APR. 2010  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9 - 9

## **Diagnóstico**

F 1/3 min

Paciente Franz da Silva Lima

Alojamento 9-2 Leito

Convenio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01-11-17	<p>1) triptiz, pastosa</p> <p>2) SF 0,9% 1000ml ( ② 818L ✓ AB 03)</p> <p>SB SX. Sosol (retornado 03)</p> <p>3) folicín 1g (n) 1214m 06</p> <p>4) flutabril 2g (2) 1111m</p> <p>5) Injivore 2L 1m ② 8166.</p> <p>6) SSUW + C 166</p> <p>Dr. Rafael Geraldo Góes Dr. Rafael Geraldo Góes Cirurgião e Traumatologista Belo Horizonte - MG CRM-MG - 3384</p>		<p>BATE</p> <p>BFG</p> <p>perito</p> <p>Guter</p> <p>mercadu</p> <p>DR. Rafaell Geraldo Góes Cirurgião e Traumatologista Belo Horizonte - MG CRM-MG - 3384</p>

MDR 473

CULPARES  
23 APR. 2013



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Leony L. Sáfor. Ferreira Alojamento 9 Leito 2 Convênio

## Diagnóstico

First 1/3 Miles & fm

WCD, 835

CÓPIA PREVIA DE FOLHA 10  
23 ABR. 2000  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

### Diagnóstico

Fratura Y3 médio

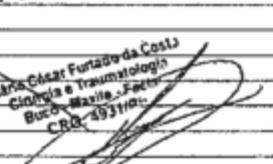
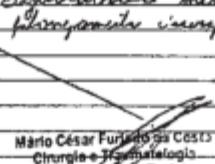
#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Ironney da Silva Lima	9-2		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/10/17	① Dicato Forte ② SF 0,9% 1000 ml > ev. Lento. SE 5% 500ml > alterado ③ Ecufin 1g G.V. 12/12 h ④ Dexbrometorfanina 4mg 8/8 h ⑤ Hibalil 20mg C.V. 12/12 ⑥ D-piravone 2ml + 8ml Ab ev. 4/6 8/8 ⑦ SSVR + CGG  Dr. [Signature] Evolução: [Signature]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 8010 8011 8012 8013 8014 8015 8016 8017 8018 8019 8020 8021 8022 8023 8024 8025 8026 8027 8028 8029 8030 8031 8032 8033 8034 8035 8036 8037 8038 8039 8040 8041 8042 8043 8044 8045 8046 8047 8048 8049 8050 8051 8052 8053 8054 8055 8056 8057 8058 8059 8060 8061 8062 8063 8064 8065 8066 8067 8068 8069 8070 8071 8072 8073 8074 8075 8076 8077 8078 8079 8080 8081 8082 8083 8084 8085 8086 8087 8088 8089 8090 8091 8092 8093 8094 8095 8096 8097 8098 8099 80100 80101 80102 80103 80104 80105 80106 80107 80108 80109 80110 80111 80112 80113 80114 80115 80116 80117 80118 80119 80120 80121 80122 80123 80124 80125 80126 80127 80128 80129 80130 80131 80132 80133 80134 80135 80136 80137 80138 80139 80140 80141 80142 80143 80144 80145 80146 80147 80148 80149 80150 80151 80152 80153 80154 80155 80156 80157 80158 80159 80160 80161 80162 80163 80164 80165 80166 80167 80168 80169 80170 80171 80172 80173 80174 80175 80176 80177 80178 80179 80180 80181 80182 80183 80184 80185 80186 80187 80188 80189 80190 80191 80192 80193 80194 80195 80196 80197 80198 80199 80200 80201 80202 80203 80204 80205 80206 80207 80208 80209 80210 80211 80212 80213 80214 80215 80216 80217 80218 80219 80220 80221 80222 80223 80224 80225 80226 80227 80228 80229 80230 80231 80232 80233 80234 80235 80236 80237 80238 80239 80240 80241 80242 80243 80244 80245 80246 80247 80248 80249 80250 80251 80252 80253 80254 80255 80256 80257 80258 80259 80260 80261 80262 80263 80264 80265 80266 80267 80268 80269 80270 80271 80272 80273 80274 80275 80276 80277 80278 80279 80280 80281 80282 80283 80284 80285 80286 80287 80288 80289 80290 80291 80292 80293 80294 80295 80296 80297 80298 80299 80300 80301 80302 80303 80304 80305 80306 80307 80308 80309 80310 80311 80312 80313 80314 80315 80316 80317 80318 80319 80320 80321 80322 80323 80324 80325 80326 80327 80328 80329 80330 80331 80332 80333 80334 80335 80336 80337 80338 80339 80340 80341 80342 80343 80344 80345 80346 80347 80348 80349 80350 80351 80352 80353 80354 80355 80356 80357 80358 80359 80360 80361 80362 80363 80364 80365 80366 80367 80368 80369 80370 80371 80372 80373 80374 80375 80376 80377 80378 80379 80380 80381 80382 80383 80384 80385 80386 80387 80388 80389 80390 80391 80392 80393 80394 80395 80396 80397 80398 80399 80400 80401 80402 80403 80404 80405 80406 80407 80408 80409 80410 80411 80412 80413 80414 80415 80416 80417 80418 80419 80420 80421 80422 80423 80424 80425 80426 80427 80428 80429 80430 80431 80432 80433 80434 80435 80436 80437 80438 80439 80440 80441 80442 80443 80444 80445 80446 80447 80448 80449 80450 80451 80452 80453 80454 80455 80456 80457 80458 80459 80460 80461 80462 80463 80464 80465 80466 80467 80468 80469 80470 80471 80472 80473 80474 80475 80476 80477 80478 80479 80480 80481 80482 80483 80484 80485 80486 80487 80488 80489 80490 80491 80492 80493 80494 80495 80496 80497 80498 80499 80500 80501 80502 80503 80504 80505 80506 80507 80508 80509 80510 80511 80512 80513 80514 80515 80516 80517 80518 80519 80520 80521 80522 80523 80524 80525 80526 80527 80528 80529 80530 80531 80532 80533 80534 80535 80536 80537 80538 80539 80540 80541	



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Horário da Série Ima	Alojamento	G	Leito	2	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
28/11/11	① Dista bacteriana ② SF 0,5% 1000 ml → EV cinto 46 5% 500 ml Alívio do edema ③ Diprofén 1g EV 12/12 h ④ Hidrocortisona 300 mg EV c/12h ⑤ Ibotil 20mg EV 12/12h ⑥ Diprofeno 10ml + Ymid 15 F/1 c/12h ⑦ SS UV + c CGE		11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11		# Bem # 3º DIA Recuperação progressiva do edema periorbitário ①; no entanto, regrava com greveira. c/12h. Segue evolução lenta de quadro para plenamente recuperado.	
	 Mário César Furtado da Costa Cirurgião e Traumatologista Buco - Maxilo - Facial CRM: 4931/PR					
	 Mário César Furtado da Costa Cirurgião e Traumatologista Buco - Maxilo - Facial CRM: 4931/PR					

**Mário César Furtado da Costa**  
**Cirurgia e Traumatologia**  
**Buco - Maxilo - Facial**  
**CRM: 4931IP6**

400.015

COMPREVÉ 1.º C.F. ANTONIO  
23 ABR. 2010



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

## Diagnóstico

10

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9-2

Ft - 1/3 media

*Dr. Rafael Costa Gremper*  
Cirurgia Buco Maxilo Facial  
Implantes Dentais  
CRM/PB - 3376

100-003

1 CUMPREVECE. 23 ABR. 2003  
23 ABR. 2003  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSO-

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Juanz da Silva Lima ON 04/06/79

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 01	S.U.S	38 anos	1531245

CIRURGIA Redução Tumoreto

CIRURGIÃO

Dr. Joséul

ANESTESIA

Geral Balanceada

ANESTESIA

Dr. Polenir

INSTRUMENTADORA

DATA  
07/11/17

INÍCIO

07:35

FIM

07:50

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	01	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifén amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qty.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocordil amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5 Proced.			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	05	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	01	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanon amp.		Sonda Foley	Qty.	ORTÉSE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
01	Propranolol		Sonda Uretral nº			
01	Testamol		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		PROTOCOLO	
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 28 x 28	02	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	eletródos			
	Aguilha p/ raque nº					
05	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					

- ( ) Oxímetro de Pulso      ( ) Foco Axilar  
 ( ) Serra      ( ) Eletrocautério  
 ( ) Desfibrilador      ( ) Oxicapiógrafo  
 ( ) Foco Facial Fixo      ( ) Cardiomonitor  
 ( ) Fonte de Luz      ( ) Perfurador Elétrico  
 Rosangela da Co Quintans  
 Hôp. de Enfermagem  
 CIRCULANTE RESONSE 713.850

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome: <i>Wane de Souza</i>			Idade: <i>38</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>P</i>		
DIA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
03/11/17	120/80	72	Normal	36,5	65				
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO					
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		<i>Fractura de Aveiro 2º grau fechado</i>			ESTADO FÍSICO	RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>0,75% Etomidato</i>				INDUÇÃO				
LIQUIDOS	<i>500 ml</i>				Salsif.: <i>+</i> Excit.: <i>+</i> Tosse: <i>-</i> Laringo espasmo: <i>-</i> Lenha: <i>-</i> Náuseas: <i>-</i> Vômitos: <i>-</i> Outros: <i>-</i>	MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					<i>Intubado - offe</i> <i>atm - o2</i> <i>O2 - 31 L</i>				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Ophtalm.</i>				ANESTESIA SATISFEITA: Sim <i>+</i> Não <i>-</i> Não, por quê? <i>-</i>				
POSIÇÃO					DESPERTAR				
AGENTES	<i>Propofol + fentanil + o2</i>				Reflexos na SO: <i>+</i>	Reflexos na SO: <i>+</i>			
TÉCNICA	<i>Gel. Enemas</i>				Obstr.: <i>-</i> Co <sub>2</sub> : <i>-</i> Excit: <i>-</i>	Obstr.: <i>-</i> Co <sub>2</sub> : <i>-</i> Excit: <i>-</i>			
OPERAÇÃO	<i>Redutor de Tensão</i>				Náuseas: <i>-</i> Vômitos: <i>-</i>	Náuseas: <i>-</i> Vômitos: <i>-</i>			
CIRURGIÕES	<i>J. J. Net. Conclavite</i>				Outros: <i>-</i>	Outros: <i>-</i>			
ANESTESISTAS	<i>J. Polido - Alve c 302</i>				Com cálculo: <i>-</i>	Com cálculo: <i>-</i>			
OBSERVAÇÕES					Paro o Leito: Sim <i>+</i> Não <i>-</i>	Paro o Leito: Sim <i>+</i> Não <i>-</i>			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA				

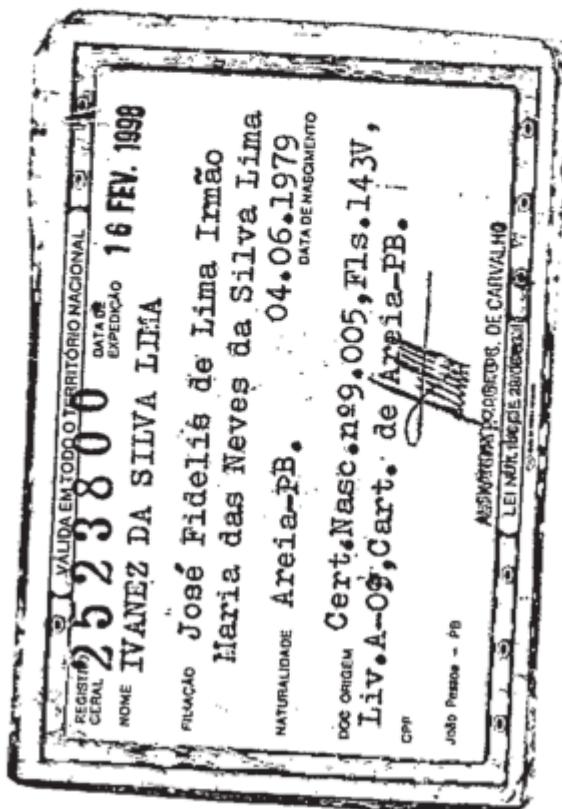
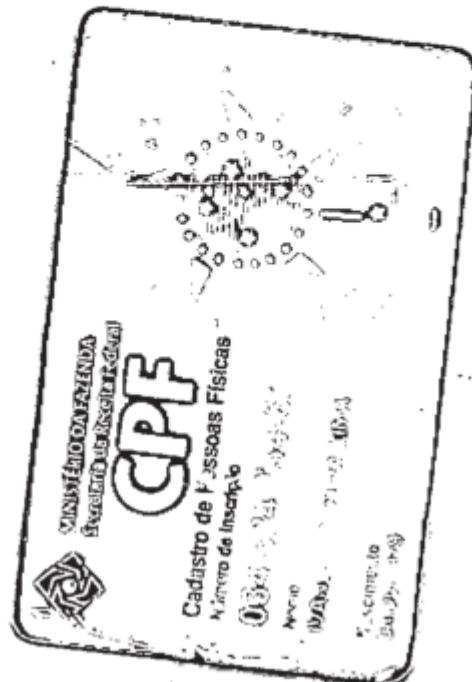
ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A):  
PORTADOR(A) DA CARTERA PROFISSIONAL N° \_\_\_\_\_  
SERIE \_\_\_\_\_ ESTAVA INFERMADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENFERMIDADES NEUROLOGICAS N° \_\_\_\_\_ NO CID DURANTE  
O PERÍODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ NECESSITANDO DE  
DIAS DE ARRESTAMENTO DE SUA ATIVIDADE DE \_\_\_\_\_ JESUS R. GOMES  
GRADUADO EM MEDICINA - CBO - 389  
RESIDENCIAL - MANGA - N.º 00 CRM  
Ass. do Hospital - N.º 00 CRM

AUTORIZAÇÃO

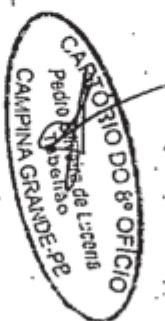
De \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_ a regular a sua queixa  
condicione CID da dor extensa na parte superior da  
Ass. do Paciente na Residência

Ass. do Paciente na Residência



SELO DIGITAL: AF144.766 - TOJS

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



## CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marquês do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035

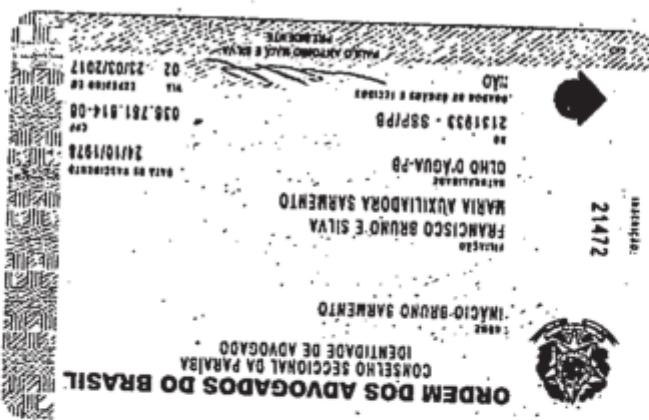
CNPJ: 09.365.545/0001-76

*Bcl. Pedro Oliveira de Lucena*

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática  
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido  
Campina Grande 20/06/17

280617

Bcl. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabetilão



PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180184408      **Cidade:** Areia      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANEZ DA SILVA LIMA      **Data do acidente:** 26/10/2017      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura de zigoma direito

**Descrição do exame médico pericial:** SEM SEQUELA

**Resultados terapêuticos:** redução incruenta de fratura do zigoma

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 07/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** BRUNO BEZERRA BRILHANTE

**CRM do médico:** 6492

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180184408      **Cidade:** Areia      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANEZ DA SILVA LIMA      **Data do acidente:** 26/10/2017      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIOFACIAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".