

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

Carta nº 12713270



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: INTERRUÇÃO 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.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, 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. Nexô 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%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 joelho e ombro
Especialista em Traumatologia
CRM: 6492

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

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

034824 73463

Nome completo da vítima

Ivaniz da Silva Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ivaniz da Silva Lima		CPF titular da conta 03482473463	Profissão
Endereço Rua Maria Bezerra de Andrade		Número 279	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Juia	Estado PB	CEP 58397000
Email Inacio Bruno Odu@gmail.com			Telefone (DDD) 8333341289

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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.

1100

D/V

CONTA

NRO.

25256

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(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

Ivaniz 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
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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 Nº 2.523.800, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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, excepo 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 Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

Joaniz da Silva Lima

CPF da Vítima

034 824 73463

Data do Acidente

26/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

C. Grand 03 de Abril de 2017

Local e Data

Joaniz da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

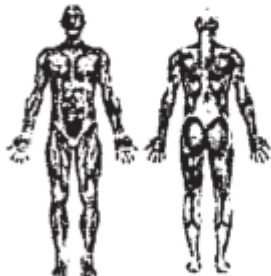
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1531245 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409 Data: 26/10/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinelly Almeida Torres

PACIENTE: IVANEZ DA SILVA LIMA CEP: 58397000 Nascimento: 04/06/1979
Endereço: R. ABEL BARBOSA DA SILVA Sexo: M Telefone: 98181660
Cidade: Areia Idade: 038 Bairro: CEPILHO
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RG: Nº: 0
Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTOR
Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 26/10/2017 CNIS: 700105930117911
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 14:51:02 CONVÊNIO: SUS
Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Anelido
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Exame
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado-cortado
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-contato
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Piorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: TCE e Face

HTCC - Nível Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - CLÍNICOS
Acidente de moto,
TCE + Face de face
de um lado
Tox / lab / Bra: Nenhum
ALERGIA: 0
MEDICAMENTOS: 0
PATOLOGIAS: 0
EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow PA HGT: Set02
Cl.: Solam 7-X Tx. = amp
TC Campo e Fice
EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia;
() Gasometria arterial () Radiografias;
() Tomografia Computadorizada ()
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR, Dia / /
Especialista: BNF, Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO
1 2. am 10
2 2. am 10
3 4. am 10
4 4. am 10
5
6
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: 11.10.2017
RAIO X REALIZADO EM: 26/10/17

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
23 ABR 2018

MARIA DAS NEVES DA SILVA LIMA
RUA MARIA EZEQUIAS DE ANDRADE, 278 - AREA RURAL
AREA / PB CEP: 56297000 (AQ: T1)
Emissão: 15/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO P/230, N=25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-620
Fórmula: 8 - 73 - 510 - 7010 Nº medidor: 02005554191

Energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-40

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000539374
Cód. para Dth. Automático: 00004171493

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: 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

UC (Unidade Consumidora): 5/497145-3

Canal de contato

• Conecte-se sua energia conosco também nas redes
e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente.
Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
15/12/17	572	15/01/18	542	1		67			31

Demonstrativo									
Cod	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Cat. Alq. (R\$)	Base Calc. Pot (R\$)	Coef. (R\$)	Base Calc. Pot (R\$)	Coef. (R\$)
0501	Consumo em kWh	87,000	0,714770	47,89	47,89 25	11,97	47,89	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	CONTRIB. LUM. P.UBICA			0,00	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCe Código de Classificação do Item TOTAL: 56,18 -49,28- 12,34 49,38 0,51 - 2,25

Média Últimos meses (kWh) 52
VENCIMENTO 22/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 56,16

Histórico de Consumo (kWh)

55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



Emissão: 20/12/2017 Referência: Dez/2017 BR230-KM158-Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande/PB - CEP: 6842-700
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO CNPJ: 08.926.556/0001-85 Ins. Est. 15.003.823-1
 Rotômetro: 12-401-858-4320 Nº medidor: 00008095725

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 137 606
Cód. para D.E. Automático: 00007040049

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: 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

UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empine pipas perto dos fios da rede elétrica e não as deixe cair. Se ficarem presas na rede, não tente tirá-las. E nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/11/17	1882	20/12/17	2102	1	120	28

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	Item(PIS)	Base Calc	Pis(PIS)	Calculo(PIS)
				Trabalho Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Per(Calculo(PIS))	0,4577%	0,1084%
0601	Consumo em kWh	120,000	0,008365	72,78	72,78	27	18,64	72,78	0,33
0601	Adic. B. Vermelha			8,08	8,08	27	1,64	8,08	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUICAO PUBLICA			10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 11/2017			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 11/2017			1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZACAO MONETARIA 11/2017			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	60,44	78,84	21,29	78,84	0,35	1,60
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

<p>QUANTIDADE DE UNIDADES (QNTD)</p> <p>100</p>	<p>VENCIMENTO</p> <p>28/12/2017</p>	<p>TOTAL A PAGAR</p> <p>R\$ 90.44</p>
--	--	--

Historico de Consumo (SWH)

100	60	50	60	63	65	114	126	134	124	137	130
Nov17	Oct17	Sep17	Aug17	Jul17	Jun17	May17	Apr17	Mar17	Feb17	Jan17	Dec16

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANTEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,31	0,00	
DIC TRIMESTRAL	10,62		NOMINAL 220
DIC ANUAL	21,25		
FIC MENSAL	3,30		CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	8,76		LIMITE INF. EROR 220
FIC ANUAL	12,45		LIMITE SUPERIOR 231
DIAR	3,03	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Distribuições	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M de Energia	18,48	20,43
Compra de Energia	29,58	31,81
Serviço de Transmissão	1,13	1,14
Encargos Fiscais	7,49	8,23
Impostos Diretos e Encargos	34,00	36,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	90,64	100,00

Valor da EUSD (Ref: 10/2017) R\$ 12,50

ATENÇÃO

-Lectura confirmada

Faturas em atraso

Zenergsa BOBBOREMA
Fotótipo: 12-401-658-4320
Matriculu: 201994-2017-12-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/12/2017	R\$ 90.44

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



23 APR. 2013

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Marcelo Bruno Samundo inscrito (a) no CPF 036781814, 06
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joanez da Silva Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 034824734 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Joanez da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034824734 / 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 Líder – DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Antonio Sergio de Almeida</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Ardecomap</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>58100000</u>
Email <u>marcelo.bruno.adu@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999883048</u>	

C. Grande, 05 de Abri de 2018
Local e Data

Marcelo Bruno Samundo
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 SSPPB, portador do CPF nº, 023 1125 1014/22, com domicílio na cidade de Arceia, no Estado de Pernambuco, onde reside na () Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Massaranduba, nº SIN, 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 Vitima Iraney da Silva Lima, cujo o condutor era Iraney da Silva Lima.

Veículo motocicleta Honda;

Modelo Honda/CB 125 1999;

Ano 1998 modelo 1999;

Placa M MX-7091/PB;

Chassi 9C2JC250XWR704142;

Data do Acidente 26/10/2017;

Local e Data Arceia 25/01/2018.

x Macilio Florencio da Silva
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Iraney da Silva Lima
Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não a vitima 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 AGG62756-W9CT. Confirma os dados do ato em: <https://selo.digital.jpb.jus.br>. Arceia, 25.01.2018. Eu: Leda Azevedo de Albuquerque, Escrevente do Notário.

Protocolo 23.498.2713
JOÃO PESSOA

26/10/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Beto. Paulo. Não é cont. de cont.
apresenta Exame de 113 mts de tempo
Exame de 113 mts de tempo
caso Paulo após este
O Exame

Dr. Gilson da Silva Santos
CRM 113.113.113
Médico Especialista em
Neurologia

Exame de 113 mts

N.º 113

Exame de 113 mts de tempo

Exame de 113 mts

Exame de 113 mts

Exame de 113 mts de tempo

Exame de 113 mts de tempo

Exame de 113 mts de tempo

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() A reavalia

() Decisão Médica

() Óbito

GILSON DA SILVA SANTOS
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

COMPRESSÃO DE ARQUIVOS
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:	Ivonez da Silva Lima		
End:	Abel Barlosa da Silva	Bairro:	Cepinho
Data de Nascimento:	02.06.49	Documento de Identificação:	Arco
Queixa:	ac. de	Data do Atend.:	26.10.14
		Hora:	12:25
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim (/) Não		

moto

Classificação de Risco

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

Estratificação

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional

ICULPREV
23 ABR 2015
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Encaminhamento

Encaminho o senhor
Francis da Silva Lima,
39 anos, vítima de queda
de moto há cerca de 20 min,
sendo apresentado hipotímia
no momento do atendimento.

Paciente alcoolizado.
acompanhante afirma histó-
rico de epilepsia, porém não
sabe informar sobre medicações
em uso contínuo. Refere dor
em hemiface ^(D).

Do exame: EGR, sinais de
alcoolismo, respira ar ambiente
saturando satisfatoriamente, he-
modinamicamente estável, cons-
ciente, orientada, ECG IS, pupi-
las isocôicas e fotoreagentes,
cervical livre. Apresenta escoria-
ções em membros e face. Rebaixamento em nível de supercílio
e zigomático direitos, hematoma
periorbital direito, epistaxe ^(D).

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 26/10/17

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

PROTÓCOLO
23 APR 2018



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

- Pouco agitado, euprético,
normocárdico, acianótico,
anictérico.
- MV ⊕ em AHT, SIRA.
- RCR em 2T, BCNF, S/S.
- Abdome plano, depressível,
indolor à palpação.

Encaminhado para avaliação
neuroológica + BMF.

SSVV = TA: 140/90 mmHg
HGT: 106 mg/dL
FC: 70 bpm
FR: 16 lpm
SatO₂: 92% em A.A.

- # Feito:
- 1) HV (2 acessos)
 - 2) Dipirona EV
 - 3) Sutura de ferimento
oculto - contuso em
supercílio (D).
 - 4) ECGG.
- amante.

Dr. Rayane Nunes Lima
RECEITA
PB 9273


COE CARDIACO

17

STA RECEITA

23 APR 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

 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 SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE IVANEZ DA SILVA LIMA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1531295
7 - CARTÃO DO SUS 700105930117911	8 - DATA DE NASCIMENTO 04/06/1979
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS NEVES	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 98181660
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R ABEL BARBOSA DA SILVA, 0, CEPILHO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areia	14 - CDD. TROE MUNICÍPIO 250110
15 - UF PB	
16 - CEP 58397000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Dor a quadrante de 1/3 inferior de En </div>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Fm Sm 2 jansm tubercul </div>	
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	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA Bio	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016276865198
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ALFREDO LUCAS NETO	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



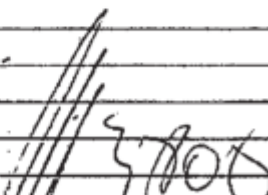
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Ivonez da Silva Lima</i>	Idade: <i>38 anos</i>
Convênio: <i>S.V.S</i>	Data: <i>07/11/17</i>
Procedimento: <i>Redução incremental</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Joniel</i>	Auxiliar: <i></i>
	Anestesista: <i>Dr. Roberto</i>
Início: <i>07:20</i>	Término: <i>07:35</i>
	Anestesia: <i>geral balanceada</i>

[illegible][illegible]

Observações:


23 APR 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA


Assinatura Anestesista

Circulante

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 3808

Assinatura do anestesista

COMPREVEIO
23 ABR. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Ivaniz da Silva Lima</i>		Nº Prontuário <i>1531245</i>	
Data da Operação <i>07-11-17</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>João Cavalcante</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Maicão</i>	Tipo de Anestesia <i>Genot</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fract. Ans. Hiperfórtico D</i>			
Tipo de Operação <i>Reduz. Incompleta</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>no exame</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>no exame</i>			
Acidente Durante a Operação <i>no exame</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aberto externo;</i> - <i>Colocação gesso</i> - <i>Reduz. incompleta fratura no</i> - <i>ans. Hiperfórtico direito;</i> - <i>Curativo.</i>
<p><i>Dr. Josué R. Cavalcante</i> CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCCO-MAXILO-FACIAL - CRO-669</p>
<p>23 ABR. 2018</p> <p>PROTOCOLO AG JOÃO PESSOA</p>

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Enf. Ana Zippin
Rebeca T. Lacerda

Paciente: Wander da Silva Lima Alojamento: _____ Leito: _____ Convênio: 9-2

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07	1) Dieta Livre		Paciente submetido a
16	2) Soro Salinizado		a reconstrução
17	3) Soro Salinizado 1/4 EV		fratura no arco
	4) Soro Salinizado 1/4 EV		mandibular direito.
	5) Depressão 1/4 EV		Submetido Rx cervical
	6) P/B		para orientação
	7) Curativos locais		para
			Dr. Josué Cavalcante
			CRUROSIA TRAUMATOLOGISTA
			BUCCO MAXILOFACIAL - CRO - 689
08	Atm hospitalar		
16	Atm hospitalar		
17	Atm hospitalar		
			Dr. Josué Cavalcante
			CRUROSIA TRAUMATOLOGISTA
			BUCCO MAXILOFACIAL - CRO - 689

MD 035

CO. PRECISE
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

8-1

Final. Fibroma (E) + Fibrosarcoma = Malignant (P)

Paciente	TIVANEZ DO SILVA Junior	Alojamento		Leito	9-2,	Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	------	----------	--

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
06/11/17	(1) ATTRA 205858					Bulf. 12 ^o D+H
	(2) SP O.C. 10000 w	14		06		Pau te Model BFG S/ Quel'XBS
	(3) SG 5 ^a . 5000 p/ alternar	19	22	06		cf: Bon aspecto cicatricial tudo no DA sutura e Suturas
	(4) Molde 1 ^o EV 12/12/15	18	08			(5) Acurra curvada
	(5) Placa 2 ^o y EV 12/12/15	18	08			
	(6) Píonias 1 ^o + 2 ^o /M EV 8/6/15	18	18	2A	06	
	(7) SSUV Reglo	18	18			
		Alt				
	Dr. Fernando Portela Cirurgião e Traumatologista Especialista em CRO-PB 4420					Dr. Fernando Portela Cirurgião e Traumatologista Especialista em CRO-PB 4420

23 APR 2013
PROTOCOL
AG JOAO PESS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fract. 1/3 mto

Paciente JUANET DA SILVA LIMA Alojamento 9 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05/11/13	<p>1) DILTA 10mg PO q8h</p> <p>2) 3F Olan. 100mg IV</p> <p>3) 56 c.c. 500mg IV 12/13h</p> <p>4) NOCOFIN 1g IV 12/13h</p> <p>5) hepar 200 IV 12/13h</p> <p>6) Dexamet 10 + 8mg PO q8h 6/16/15</p> <p>7) SSVU + PCA</p>	<p>500</p> <p>500</p> <p>18</p> <p>18</p> <p>18</p> <p>18</p> <p>18</p>	<p>Bmf 11/20/13</p> <p>18: Fica em bom estado</p> <p>estável no curativo</p> <p>hemostasia normal</p> <p>18: 1) Atenua edema</p>
	<p>Dr. Fernando Portela</p> <p>Crurgião e Traumatologista</p> <p>Bucomaxilofacial</p> <p>CRO-PB 4420</p>		<p>Dr. Fernando Portela</p> <p>Crurgião e Traumatologista</p> <p>Bucomaxilofacial</p> <p>CRO-PB 4420</p>

MOD. 015

23 ABR. 2013

PROTOCOLO

AG JOÃO PESSOA

$\frac{1}{2} \frac{1}{2}$

FZ $\frac{1}{3}$ minor

Convênio

Dr. Ma. Concepción Alvarado
Cirujia Bucal-Maxilo-facial
Implantodontia
CIN/PS-441

Dr. H. J. ...
Cruz de la ...
Imp. ...
CRP PB 444

23 ABR. 2010




PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
$$\frac{0.1C}{0.1C}$$

Flut. 1/3 Median L.f. Q

Paciente	Wander LaCelle Lima	Alojamento		Leito		Convênio	9-2
----------	---------------------	------------	--	-------	--	----------	-----

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04-11-2017	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta Livre 2) Fio de Salicilado 3) Rociagem 100% DDT 12h 4) Glicose 100g 2x/dia 5) Dexametasona 1mg 2x/dia 6) S.V. 7) E.C.C. 	<div style="text-align: center;">  S.M. </div>	<p><u>B.M.F.</u></p> <p>Pronto atendimento ortopedica (Cirurgia) ortopedica sem cirurgia</p> <div style="text-align: right;">  <small>Dr. Paulo de Jesus Moraes Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia</small> </div>
	<div style="text-align: right;">  <small>Dr. Paulo de Jesus Moraes Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia</small> </div>		<p>Ortopedia 05/11</p> <p>Pt. de ingresso de ar + admissão folga (D) RX de luxação (R.)</p> <p>Gr. Redução, imobilização + RX controle após tela livre e folga</p> <p>Reavaliação 06/11: Arterial Holuison Dantas de Almeida ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM: 10.100.100</p>

MDD. 63

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA

Diagnóstico

Wet. $\frac{1}{3}$ medium piece

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Fernando de Sales Lima	Alojamento	9	Leito	2	Convênio	
----------	------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
07/11	(1) Denta Luke. (2) Tetraciclina 1g qd (3) Paracetamol 650mg qd (4) Tetraciclina 1g qd (5) Bimoxina 1g + 8hds (6) Sulfam + Clot.	OT CT NS IS	6h do		Paciente em bom estado geral, sem sintomas preocupantes atuais.
					Suficiente para o tratamento ortopédico.
					# Ortopedia

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fract. 1/3 Median In face

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Tejones da Silva Lima	Alojamento	9	Leito	2	Convênio	
----------	-----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/10/17	1) Dieta <i>Porcino</i> . 2) S.F.O. 1. <i>100 ml</i> em 24/24h. 3) <i>Receita 1x</i> em 12/12h. 4) <i>Receita 4x</i> em 12/12h. 5) <i>Diluição 250 + 100 ml</i> 6/6h S/N 6) <i>SSUV/CC 99</i>	18:00 19:00 20:00	BUIF. <i>Receita no 6º V.</i> <i>em 12h, sem</i> <i>segundo</i> <i>a</i> <i>Receita.</i> Obs: <i>Exame 1x. 12/12h</i> <i>de</i>
	Dr. <i>Stênio</i> CIRURGIÃO DENTÁRIO CRO - PB 1.026		Dr. <i>Stênio</i> CIRURGIÃO DENTÁRIO CRO - PB 1.026

23 APR. 2013
PROTOCOLLO
AG. JOAO PESSOA

9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

$$F = \frac{1}{3} \text{ mol}$$

Paciente	Francis da Silva Lima	Alojamento	9-2	Leito		Convênio	
----------	-----------------------	------------	-----	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01.11.17	<p>1) Biotin 1000mg</p> <p>2) SF 0,9% 1000ml (2) 8/8L (2) 8/8L</p> <p>3) Dexam 1g (2) 8/8L</p> <p>4) Fentanyl 2g (2) 8/8L</p> <p>5) Digoxina 2g (2) 8/8L</p> <p>6) SSU + C 16L</p>	08:00	<p>Base</p> <p>DEG</p> <p>perito</p> <p>perito</p> <p>Dr. Rafael Grotto Grompe Cirurgia e Traumatologia Rua Manoel Faleiro CROB - 3384</p>

MDL 875

23 ABR. 2013
PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA



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

Diagnóstico

First $\frac{1}{3}$ Median & f

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leonor da Silva Lima	Alojamento	9	Leito	2	Convênio	
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/11/17	<p>1) Dentin, Boston</p> <p>2) SF 0,37. 1000 ml 150 3%</p> <p>3) SF 0,37. 500 ml 100 3%</p> <p>4) Rociptin 18 60 12/12/17</p> <p>5) Doxiciclina 9 mg 2 8/12/17</p> <p>6) Telap 170 mg 2 12/12/17</p> <p>7) Difenidramina 20 mg 1 12/12/17</p> <p>8) 5500/1200</p>	<p>1) 3%</p> <p>2) 3%</p> <p>3) 3%</p> <p>4) 3%</p> <p>5) 3%</p> <p>6) 3%</p> <p>7) 3%</p> <p>8) 3%</p>	<p>BUP</p> <p>Tratado de 5: D/H</p> <p>com 30% de melhora de</p> <p>dentin e 10% de</p> <p>aparelho e 10% de</p> <p>aparelho.</p> <p>Dr. Francisco de Paula</p> <p>CRP 00000000000000000000</p> <p>CHD - PB, 1.023</p>

MCO-93

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Fratura 1/3 médio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Imenez da Silva Lima Alojamento: 4-2 Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/10/17	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta Pastosa 2) SS 0,9% 1000ml > EV Lento. 3) SS 5% 500ml alternado 4) Escufen 1g EV 12/12 h 5) Dexametasona 4mg 8/8 h 6) Fitalil 20mg EV 12/12 7) Z-piraxa 2.0ml + 8ml Ab EV 6/6 5/10 8) SSVR + CCGG 	<p>1. 3. 4. 22 21 06</p>	<p>RMF:</p> <p>Paciente no 4: b/A consent, apresentando evolução com relato de persistência em maxila direita, apresentando equinose subconjuntival em olho direito.</p> <p>Endiui com reação de edema, aguardando oportunidade cirúrgica.</p>

M30. 035

COMPREVIE
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura de 1/3 médio

Paciente Ivonez da Silva Lima Alojamento 9 Leito 22 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/10/11	<p>1 Dieta fracionada</p> <p>2 SFO, 5% 1000ml EV lento</p> <p>3 56 3% 500ml Alimento</p> <p>4 Paracetamol EV 12/12h</p> <p>5 Hidrocodona 300mg EV 6/6h</p> <p>6 Clotil 20mg EV 12/12h</p> <p>7 Dipirona 10ml + 4ml 15 EV 6/6h</p> <p>8 SS UV + c 6-6</p>	<p>12/06</p> <p>12/06</p> <p>12/06</p> <p>12/06</p> <p>12/06</p> <p>12/06</p> <p>12/06</p>	<p># Bm</p> <p># 3º DH</p> <p>Paciente operado de seguimento de edema periodontal @, nos maxilares segue com gases</p> <p>CD: Segue com evolução melhora de quadro para planejamento cirúrgico.</p>

Mário César Furtado da Costa
Cirurgia e Traumatologia
Boca - Maxila - Facial
CRQ: 4931/P6

Mário César Furtado da Costa
Cirurgia e Traumatologia
Boca - Maxila - Facial
CRQ: 4931/P6

COMPREVE
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9-2

Ft. $1/3$ mid


Paciente	Ivanete da Silva Lima	Alojamento	9	Leito		Convênio	
----------	-----------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27.10.17	1) Dieta <i>parvoza</i> 2) SE OAT 1000mg (ev. LENTO AUMENTAR) 8/8h 3) Rofexin 1g (12/12h) 4) Hidroclorotiazida 300mg (6/6h) 5) <i>Fluor. do up</i> (12/12h) 6) Dipirona 2ml + ad (6/6h) 7) SSUV + CCBs	10h 24° 12h 18° 12h 24° 12h 18°	BME 20/14. Bumex de dor. edema importante periorbitário. D. Atenuante Hidroclorotiazida aguarda condizante p/ amig.
	Dr. Rafael Grotto Grempe Clínica Buco-Maxilo-Facial Implantes Dentais CRO/PA - 132		Dr. Rafael Grotto Grempe Clínica Buco-Maxilo-Facial Implantes Dentais CRO/PA - 132

MOVL 035

COMPREVECE
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Juaniz da Silva Lima ON 04/06/79</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sala 01</i>	<i>S.V.S</i>	<i>38 anos</i>	<i>1531245</i>		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
<i>Redução Incrementa</i>		<i>Dr. Josuel</i>				
ANESTESIA		ANESTESIA				
<i>geral Balanceada</i>		<i>Dr. Roberto</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
		<i>07/11/17</i>	<i>07:35</i>	<i>07:50</i>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	<i>01</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serfix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Serfix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Serfix	
	Protigmine amp.	<i>025</i>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>025</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água 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	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	<i>025</i>	Luvas 8.5 <i>Procid.</i>			
	Glicose amp.	<i>025</i>	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<i>025</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>025</i>	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>01</i>	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
<i>01</i>	<i>Propofol</i>		Sonda Uretral nº			
<i>01</i>	<i>Fentanil</i>		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	<i>02</i>	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>eletródos</i>			
<i>025</i>	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

23 ABR 2018

PROTÓCOLO

AG. JOSESSO

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Axilar

() Serra () Eletrocautério

() Desfibrilador () Oxícapnógrafo

(X) Foco Frontal Fixo (X) Cardiomonitor

() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

Rosângela da C. Quintans

COORDENADORA

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Tranex de Almeida</u>			IDADE: <u>38</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P</u>	
DATA: <u>08/11/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120x80</u>	PULSO: <u>72</u>	RESPIRAÇÃO: <u>18</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO:	ALTURA:		
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:		
URINA:								
AP. RESPIRATÓRIO:					ASMA:		BRONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO:					ELETROCARDIOGRAMA:			
AP. DIGESTIVO:			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:			
ESTADO MENTAL:			ATARÁXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA:		HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de Anel 2º punho (D)</u>					ESTADO FÍSICO: <u>ASA II</u>		RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:					APLICADA:	ÀS:	EFEITO:	
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>AGENTES ANESTÉSICOS:</p> <p>LIQUIDOS:</p> <p>CÓDIGOS:</p> <p>VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</p> </div> <div style="flex: 2;"> </div> <div style="flex: 1;"> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: <u> </u> Excit.: <u> </u> Tosse: <u> </u></p> <p>Laríngeo espasmo: <u> </u> Lentia: <u> </u></p> <p>Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u></p> <p>Outros: <u> </u></p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><u>Asp + Pl - offe</u></p> <p><u>Pet + Pl - oz</u></p> <p><u>O2 - 3/L</u></p> <p>ANESTESIA SATISF: Sim <u> </u> Não <u> </u></p> <p>Não, por quê? <u> </u></p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: <u> </u></p> <p>Obstr.: <u> </u> Co.: <u> </u> Excit.: <u> </u></p> <p>Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u></p> <p>Outros: <u> </u></p> <p>Com cânula: <u> </u></p> <p>Paro o Leito Sim <u> </u> Não <u> </u></p> <p>CONDIÇÕES: <u> </u></p> <p>23/11/17</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> <p>CÂNULAS</p> </div> </div>								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:		<u>Op. pto</u>						
POSIÇÃO:		<u>Asp + Pl + Pet + O2</u>						
AGENTES:		<u>Opel. Frabues</u>						
TÉCNICA:		<u>Redução de pressão</u>						
OPERAÇÃO:		<u>A. de Anel Comelcaste</u>						
CIRURGIÕES:		<u>A. de Anel Comelcaste</u>						
ANESTESISTAS:		<u>A. de Anel Comelcaste</u>						
OBSERVAÇÕES:		<u>A. de Anel Comelcaste</u>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A):

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSCOLÓGICA DE Nº. _____ NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE _____ A _____ Necessitando de

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES DE _____

Campina Grande _____

Ass. do Médico - Nº. de CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável _____

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2523800 DATA DE EXPEDIÇÃO 16 FEV. 1998

NOME IVANEZ DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO José Fidelis de Lima Irmão
Maria das Neves da Silva Lima

NATURALIDADE Areia-PB. DATA DE NASCIMENTO 04.06.1979

Doc. Origem Cert. Nasc. nº 9.005, Fls. 143V,
Liv. A-09, Cart. de Areia-PB.

CPF João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR DE CARVALHO
LEI Nº 4.741, de 13.09.64

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Titular

James da Silva Lima

71-02-103-43

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 03237237-2

Nome João

71-02-103-43

71-02-103-43

Correios

Endereço

Endereço para correspondência

Endereço para entrega de encomendas

Endereço para entrega de cartas

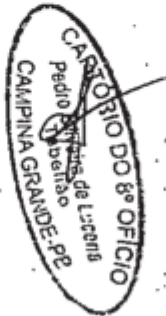
Endereço para entrega de telegramas

Endereço para entrega de jornais e revistas

Endereço para entrega de outros serviços

PROTOCOLADO
23 ABR 2010
AG. JOAO PESSOA

SELO DIGITAL: AF144766 - T036
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.5745/0001-76
Bcl. Pedro Oliveira da Lucena
Tabelião

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

28 06 17

Bcl. Pedro Oliveira da Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13, IV e V, da Lei nº 8.962/94)

ASSINATURA DO PORTADOR

Inácio Bruno Sarmiento

Observações

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

Plano
FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO
Advogado
OLMO D'ÁGUA-FR
2151933 - SSP/PB
2151933 - SSP/PB
CPF 038.781.814-08
VIA 02 23/03/2017

21472

23 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

90087

REFERENCES

SEGURO - P-ANGLIO DOTAL (RS)

9008 CNF 1708248/808 1002044

23 APR 2010
FOTOCOLO
AG. JOAO 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: