

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
121. 881-274-55 MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

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

5 - Nome completo: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS 6 - CPF: 121. 881. 274 - 55
7 - Profissão: AUTOMOBILISTA 8 - Endereço: SÍTIO XIQUÊ-XIQUÊ 9 - Número: 5/11 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SÃO BENTO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58865-000
15 - E-mail: JAGOLLYSON@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83. 3967-8542

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4917 613 CONTA: 00013804-6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascento (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

as CAIXA

as CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 720 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6

03/SET/2019

HORA DE 11:00:14

LOT: 13.012404-4

TERM: 013856

LOCALIDADE: SÃO BENTO

CG. VINCULADA: 4917

CONTROLE: 078226914

CUMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4917 013 00013808-6

MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
246-634676852-6

1ª VIA

as CAIXA

as CAIXA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0804/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: 18/08/2019 hora: 18:00 HRS

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

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

Vítima: **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, alcunha " ",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 24
anos, nascido em 29/07/1995, cor/raça: Branca, Estado Civil:
Solteiro, Profissão: autônomo, Escolaridade:
fundamental incompleto, documento: CPF 121.881.274-55, filiação:
Josenilson dos Santos Clementino de Moraes e de Maria Lima
Clementino, endereço: Sítio Xique-xique, zona rural, São Bento-PB,
referência: Dede de Sinhô. Tel/Cel:(83) 99677-8542;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 18/08/2019
por volta das 18hrs a vítima conduzia a moto Honda NXR 160 Bros,
2015/2015, preta, chassi 9C2KD0810FR415279, placa NQK-0742
licenciada em nome de Rosihelio Vieira Ramalho, e quando trafegava
no sentido Centro/São Bentinho na Av. Pedro Eulânpo, ao passar por
uma lombada depois da ponte, ao frear a motocicleta perdeu o
controle da mesma após acionar o freio dianteiro, vindo a cair,
sendo socorrido por seu amigo Wagner Henrique Dias Alves; Que em
virtude do acidente sofreu uma fratura na clavícula/ombro, tendo
recebido os primeiros atendimentos no hospital local e em seguida
transferido para a cidade de Pombal no hospital Se. Ruy Carneiro;
Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a
consignar.

São Bento-PB, 29 de Agosto de 2019. Às 10:40 horas.

Mikael Clementino de Moraes

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Pedro Terceiro de Carvalho Amorim

Matrícula: 168.203-2

POLÍCIA DELEGACIA

MILTON LÚCIO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Título: MILTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lucinda Silva, Nº 201, Centro, CEP 55.025-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2123 / 3444-1312

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MIKAEL
CLEMENTINO DE MORAIS, em todo o conteúdo, Ha verdade. Dou

Auricélio Nicolau da Silva
AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA
Selo Digital de Identificação Tipo Normal B-AJ5549/9910
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 9,91 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 1,98

Auricélio Nicolau da Silva
Escrivente

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO
AB. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
121. 881-274-55 MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

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

5 - Nome completo: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS 6 - CPF: 121. 881. 274 - 55
7 - Profissão: AUTOMOBILISTA 8 - Endereço: SÍTIO XIQUÊ-XIQUÊ 9 - Número: 5/11 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SÃO BENTO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58865-000
15 - E-mail: JAGOLLYSON@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83. 39677-8542

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4917 613 CONTA: 00013804-6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascento (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

as CAIXA

as CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 720 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6

03/SET/2019

HORA DE 11:00:14

LOT: 13.012404-4

TERM: 013856

LOCALIDADE: SÃO BENTO

AG. VINCULADA: 4917

CONTROLE: 078226914

CUMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4917 013 00013808-6

MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS


246-634676852-6

1ª VIA

as CAIXA

as CAIXA



<div><div><div>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB</div><div>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</div><div>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</div></div></div>		<div><div>CNPJ: 09.009.709/0001-18</div><div>Ficha Número: 239980</div></div>	
<div><div>CNPES: 2613549</div><div>HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO</div></div>		<div><div>CNPJ: 09.009.709/0001-18</div><div>Ficha Número: 239980</div></div>	
<div><div>ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000</div><div>CIDADE: SAO BENTO ESTADO: PARAIBA</div></div>		<div><div>UF: 25</div></div>	
<div><div>Atendimento: ACIDENTE DE MOTO</div><div><div>Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS</div><div>Mae: MARIA LIMA CLEMENTINO</div><div>Nascimento: 29/07/1995 Idade: 24</div><div>Profissao: AUTONOMO(A)</div><div>Endereco: SITIO XIQUE NIQUE</div><div>Bairro: ZONA RURAL</div><div>Cidade: SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901</div><div>CNS: 707-4010-2379-2875</div><div>CPF: 18/08/2019 19:32:21</div></div><div><div>Sexo: M</div><div>Cor: BRANCA</div><div>Identidade: 4101710 SSP/PB</div><div>Reg. Nasc.: 707-4010-2379-2875</div><div>Recepção: PRISCILA LUCIO</div><div>39636</div></div></div>			
<div><div>MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME</div><div><div>Problema de</div><div>DIAGNÓSTICO</div><div>Cid.</div></div></div>			
<div><div>NATUREZA DA CONSULTA</div><div><div>Consulta simples</div><div>Consulta com medicamento</div><div>Consulta com observação</div><div>Consulta ortopédica</div></div></div>		<div><div>Caracterização Atendimento</div><div><div>Urgência/Emergência (com Proc.)</div><div>Primeira consulta</div><div>Consulta Subsequente</div><div>Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade</div><div>Consulta c/ referência p/ outra unidade</div></div></div>	
<div><div>MEDICAÇÃO</div><div><div>Prescrita</div><div>Aplicada</div></div></div>		<div><div>ENCAMINHAMENTO</div><div><div>P/ Observação</div><div>P/ Residência</div><div>P/ Amb. SUS</div><div>P/ outro Hospital</div><div>Interação</div><div>Óbito</div><div>Outros</div></div></div>	

ERIKA RODRIGUES LIMA
SIT. RUA XIQUE S/N - CS - ÁREA RURAL
SAO BENTO / PB CEP: 58862000 (AQ: 237)



Ligação MONOFÁSICO
Cid/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 1 - 227 - 261 - 2690 Referência Set / 2019
Medidor 80062225943 Emissão 04/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
81200 Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 53071-690
CNPJ 09.096.197/0001-40 Insc Est 16.015.522-0

Nota Fiscal/Contador Energisa S/A 478.754
Cód. para DAt. Automático: 00012872388

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	04/09/2019	04/10/2019	703.818.264-14 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): **5/1387258-5**

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 02/09/19	Leitura 14551	Data 04/09/19	Leitura 14604	1

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Outr	Base	Outr	Base	Outr
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		D.J. (R\$)	
0801	Consumo em kWh	53,000	0,814160	43,15	43,15	25	10,78	43,15	0,42
0801	Adic. B. Vermelha	0,05	3,05	25	0,78	3,05	0,03	0,13	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	12,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0904	JUROS DE MORA 08/2019	0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0806	MULTA 08/2019	7,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CC: Cód. de Classificação do item TOTAL 53,10 46,20 11,25 43,20 0,45 2,10
Tarifa de Tributos: 0,583376

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
152	11/09/2019	R\$ 63,19
Histórico de Consumo (kWh)		
152	229	249
246	248	217
210	151	60
70	2	102

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FRANCISCO SALVINO DOS SANTOS
RUA P. SANCIOVAL FERREIRA, 161 - CP REDE - CENTRO
SACBES - RJ - CEP: 20050-000 (AG 237)



Ligação TRFÁSICO
C/S: SBC INDUTEC 83/ INDUSTRIAL - C/S: SBC
Rotário 3-237-40-880 Referência M: 1359
Medidor 00328912893 Emissão: 07/03/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA ODEBRECHT SA
R-200, Amos - Centro Residencial - João Pessoa/PB - CEP: 50071-600
CNPJ nº 06.901.001/0001-40 - Insc. Est. 16.016.320/0

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 021 000000
Cód. para D.O. Automático: 00000100201

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/CNPJ/RANI
Mar / 2019	07/03/2019	05/04/2019	045.055.494-63 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/13525-1

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de recebimento no e-mail. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/02/19	800	07/03/19	803	3	30	10
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cabo	Alq. Jom (R\$)
				Base Cab. Ps (R\$)		Confin (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	CMR
					Preço Valor (R\$)	1 (07034) (R\$ 00000)
0001	Custo de Disponibilidade			82,65	82,65	25
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0007	CONTRIB LUM PUBLICA			17,20	0,00	0
0004	JUROS DE MORA C/2019			0,18	0,00	0
0005	MULTA 02/2019			1,05	0,00	0

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 101,97 82,65 20,71 82,65 0,99 4,02

Taxa de Tributos 0,571730

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
101	14/03/2019	R\$ 101,97
	Histórico de consumo (kWh)	

T8 | 144 | 54 | 09 | 05 | 22 | 00 | 02 | 11 | 02 | 04 | 03
Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19

RESERVADO AO FISCO

d034.7372.188c.83b2.4e48.3954.a858.aa80.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG VENCIAL	5,67	0,00	
DIG TRIMESTRAL	11,34		
DIG ANUAL	22,69		
FIG VENCIAL	5,96	0,00	
FIG TRIMESTRAL	8,72		
FIG ANUAL	13,45		
CMV	3,20	0,00	
CMR	12,80		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	82,65	80,85
Consumo de Energia Térmica	0,00	0,00
Consumo de Energia Mecânica	0,00	0,00
Consumo de Energia Química	0,00	0,00
Consumo de Energia Nuclear	0,00	0,00
Consumo de Energia Solar	0,00	0,00
Consumo de Energia Eólica	0,00	0,00
Consumo de Energia Hidráulica	0,00	0,00
Consumo de Energia Geotérmica	0,00	0,00
Consumo de Energia Biomassa	0,00	0,00
Consumo de Energia Resíduos	0,00	0,00
Consumo de Energia Outros	0,00	0,00
Total	101,97	100,00

ATENÇÃO

- Perdas da Rede: 1 kWh
- Leitura corrigida

Faturas em atraso

ENERGISA
PARAIBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Rotário 3-237-40-880
Matrícula 13525-2019-03-8

14/03/2019 R\$ 101,97

83840000001-1 01970054000-8 00135252019-9 03300237019-8



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 097.234.454-33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MIRABEL CLEMENTINO DE MORAIS inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.881.274/SS

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima MIRABEL CLEMENTINO DE MORAIS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.881.274/SS, 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: PADRE SAUDUAL FERREIRA</u>	Número: <u>461</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SÃO BENTO</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>FLAUBERJOSEADU@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58865-000</u>	Tel.(DDD): <u>83.982002022</u>

Local e Data: SÃO BENTO, 09 DE SETEMBRO 2019.



Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROSÉLIO VIEIRA RAMALHO

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição ___/___/___

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60

com domicílio na cidade de SAO BENTO, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

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

_____, cujo o condutor era

Veículo: _____ Modelo: _____ Ano: _____

Placa: _____ Chassi: _____

Data do Acidente: ___/___/___

Local e Data: _____

Roselio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante

Nival Clementino de morais

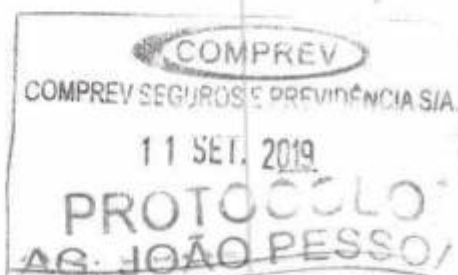
Assinatura do Condutor

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

MILTON LUCIO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Título: MILTON LUCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lucio da Silva, N° 224, Centro CEP: 55.955-000
São Bento - PB - Fone: (31) 3144-2535 / 3444-1372

Reconheço POR AUTENTICAÇÃO a firma de ROSÉLIO VIEIRA RAMALHO. Em test. _____ da verdade. Dou fé. São Bento - PB, 29/08/2019.

Auricélio Nicolau da Silva
Seio Digital de fiscalização tipo Normal (LJA65450-UMQ)
Confira os dados do ato em <https://seiodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 8,81 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 1,98



Auricélio Nicolau da Silva
Escritor

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROSALDO VIEIRA RAMALHO

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição 1/1/

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de PARAÍBA

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ANTÔNIO LÚCIO DA SILVA, BAIRRO HERCULANO, nº 277

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

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, cujo o condutor era

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR160 BROS Ano: 2015

Placa: NQK0742 Chassi: 9C2KD0810FR415279

Data do Acidente: 18/03/13

Local e Data: SÃO BENTO - PB, 16 DE SETEMBRO 2013.

Rosaldo Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante

Mikael Clementino de Moraes

Assinatura do Condutor

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



Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente





Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Michael Clementino de Moraes*

IDADE: *24* SEXO: *m*

Procedimento cirúrgico proposto: *Ortopédico - Fratura Clavícula*

Medicação em uso: *—x—*

Alergias medicamentosas: *Nega*

Antecedentes / Comorbidades: *—x—*

EXAME FÍSICO:

Exame geral: *Bom*

PA: *110x60* mmHg FC: *89* bpm HGT: *14.30* → *90 mg/dl*

Aparelho cardiovascular: *Regulatório 5/5*

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: *Normal*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário (X) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAP

LEE

ACP

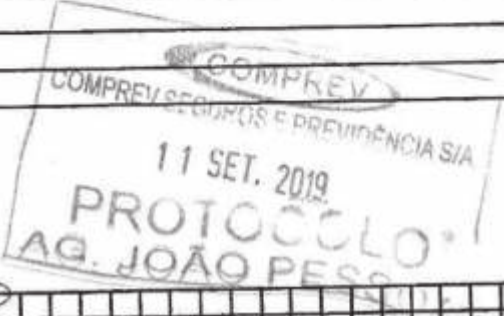
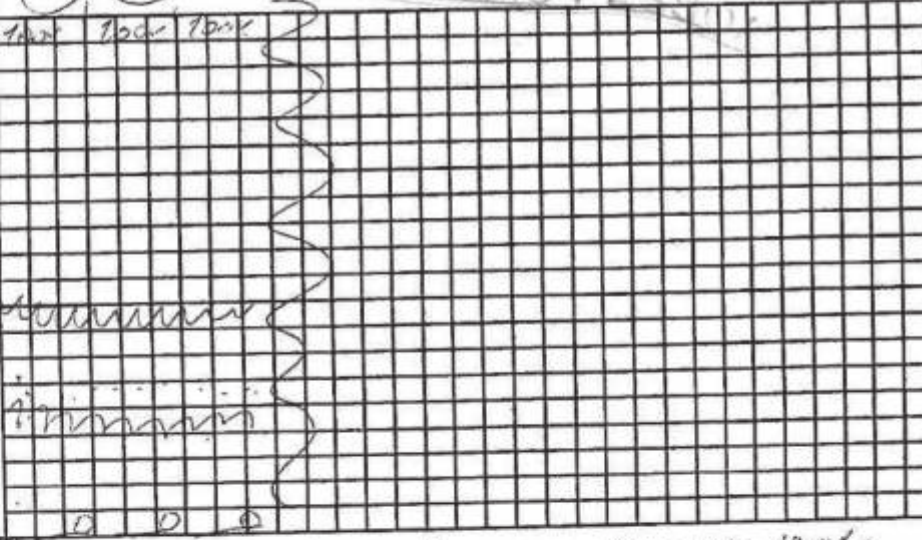
Baixo Risco

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979



DATA *26 / 9 / 20 / 19*

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Hospital Regional de Pombal		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário						
		Nome	Mikael Clementino Araújo		Idade	29	Sexo	M					
Data	26/08/19	Pressão Arterial	Pulso	130 x 80	Respiração	Eupneica	Temperatura	36,2					
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicerina	Urela	Outros							
	Urina												
Ap. Respiratório	NN						Asma	Bronquite					
Ap. Circulatório	NN						Eletrocardiograma						
Ap. Digestivo	Jup OK						Ap. Urinário						
Estado Mental	LPE						Alergia	Hipotensões					
Diagnósticos Pré-Operatório	Protocolo de Cirurgia (D)						Estado Físico	Risco					
Anestesias Anteriores					Aplicado às		Efeito						
Medicação Pré-Anestésica							Efeito						
AGENTES ANESTÉSICOS	02							INDUÇÃO					
Líquido								Satis.: _____		Exit: _____		Tosse: _____	
								Laringo espasm.: _____		Lenta: _____			
								Náuseas: _____		Vômito: _____			
ÍNDICE P.V. ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO - ANESTESIA - OPERAÇÃO	260							OUTROS: _____					
	240												
	220												
	200												
	180												
	160												
	140												
	120												
	100												
	80												
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Bloqueio nervilobulbar com Bupivacaína clorato 0,5% 10 ml + bupivacaína 2% 15 ml Sedação com Midazolam 2mg + fentanil 50 mcg + Ator 10mg - Propofol 50 mg												
POSIÇÃO	DOLH												
Agentes	Propofol 2g, Dikometarone 10mg, Narcocham 1mg, Risperidona 2g												
Técnica	Bloqueio + Sedação												
Operação	Tto cirúrgico de fístula de Clostridium (D)												
Cirurgiões	Loureiro												
Anestestistas	Dr. Mikael Clementino Araújo CRM 94610/9												
Observações	Sem alterações. Curto e consciente até o procedimento.												
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias													

FOLHA DE ANESTESIA

Ministério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante:		CNES:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		2592568	
Nome do estabelecimento Executante:		CNES:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		2592568	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente:		Apelido:	Nº Prontuário:
Michael Clementino de Jesus			
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	Data de Nascimento:	Sexo:	Raça/Cor:
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe:	Nome do Responsável:	DDD	Telefone de Contato:
Município de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
Nº	Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município:
Ponto de Referência:	Documento:	Nº	
	CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:		Nº Cons. De Classe:	CPF:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais de Sintomas Clínicos:			
1 trauma em ombro (D)			
Condições que Justificam a Internação:			
Quirurgia			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados):			
Raio X			
Diagnóstico Inicial:	CID 10 Principal:	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:
Fratura Fechada	S42.0		
Nº Notific. Compulsória:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado:		Código do Procedimento Solicitado:	
Osteomedia de clavícula			
Código do Caráter da Internação:	Clinica:	Leitor Complemento:	
<input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Eletivo <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica		
Equipamentos Requeridos Para Internação:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do Profissional Solicitante:			
Dr. Cassimiro Neto			
Documento:	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:	Nº de Conselho de Classe:	
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/>	036784304-81	7001	
Data da Solicitação:	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente:	Data Desejada Para Internação:	
19/08/19	Dr. Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM: 30131 (CNS)	26/08/19	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE			
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>	
ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>			
CNPJ da Seguradora:	Número do Bilhete:	Série:	
CNPJ da Empresa:	CNAE da Empresa:	CBOR:	
Vínculo com Previdência:			
Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado <input type="checkbox"/>			
AUTORIZADO			
Nome do Profissional Autorizador:			
Documento:	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador:		
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>			
Data de Autorização:	Código do Órgão Emissor:		
Ass. Do Autorizador/Carimbo:			

Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização

11 SET. 2019
PROT. 001
AG. JOÃO PESSOA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568	
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO			
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE		38834	
MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA / COR
707-4010-2379-2875	29/07/1995	M	BRANCA
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE	
MARIA LIMA CLEMENTINO			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS			
12 - ENDEREÇO		13 - BAIRRO	
CROMACIO WANDERLEY N.:		VIDA NOVA I	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE			
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
1 dor no ombro (v). DE Sinalização em vias anteriores de clavicula (v) + limitação de ADM.			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Gravidade.			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
1. Exo X.			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura de Clavicula (v)	S42.0		

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD PROCEDIMENTO	
Osteossíntese de Clavicula (v)			
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Ortopedia	Eletrônica	() CNS () CPF	036184304-51
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)
Dr. José Cassimiro Neto Ortopede e Traumatologia CRM-PB 2801 TEOT 15253		16/08/19	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR	
				COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL				
() CNS () CPF					
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)				
1 / 1					

11 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Name: _____

May 1977

Idade: 24

Cor

Enfermeira: CC

May 2000

L'alto: 6,2

1-12-15-16

DATA	- PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
26/08/19	D Dente VO livre	OK	
	D SFC 9-1 1200 ml EV 24h	Pf	
	D Poliquinona 10 EV Colch	19 ^h OK	
	D Depoime Vamp EV 6/6h SIM	19 ^h OK	
	D Vit K med 120 mg EV 8/8h SIM	OK	
	D Curall Vamp CV 8/8h SIM	OK	
	D Curoto	OK	
	Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7801 TEOT 15233		
27/08/19	Afta ci AFB		
	Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7801 TEOT 15233		

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:

~~Enhele Ferniga Oliveira~~

Enfermagem
DIREN-PB: 1005860



Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECK LIST DE CIRURGIAS SEJURA

Nome completo: Mikael Clementine Novaes Data: 26 / 02 / 19
Cirurgia Proposta: Cateterismo de Clavícula Unidade de origem: _____
Modalidade (X) Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia <i>Time out</i>	Antes do cliente sair da SO <i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none">• Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica• Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Consentimento transfusional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica• Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Horário: _____ <input type="checkbox"/> Não• Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaHorário: _____ Local: _____• Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Início: _____ <input type="checkbox"/> Não• Exames<input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia• Retirado prótese e adornos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Tipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso<input type="checkbox"/> Góticulas <input type="checkbox"/> AerossóisEnf^o Tec. enf. <u>Amanda</u>	<ul style="list-style-type: none">• Confirmação sobre o cliente <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente<input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento anestésico e cirúrgico<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico certo• Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2<input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu<input checked="" type="checkbox"/> Guedel <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador<input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraquealHá risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não• Reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não• Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Não• O cliente tem alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoObs.: _____	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoAnestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirculante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Cirurgões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado• Placa de eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica• Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Revisão do cirurgião. Passos críticosDuração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Revisão do anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não• Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoObs.: _____	<p>Procedimento realizado <u>Cateterismo de Clavícula</u></p> <ul style="list-style-type: none">• A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica• Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica• Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica• Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:Cirurgião _____Enfermagem _____Obs.: _____Ass.: <u>Amanda</u><u>Amanda Rodrigues de Almeida</u> Enfermeira COREN-PB 264578

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAIS "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Micael Clementina Moraes
 Filiação: Marcia Raima Clementina
 Sexo: Mas. Idade: 24a. Cor: Branca
 Procedência: Clínica Cirúrgica Data: 26/03/19
 Cirurgião: Dr. Cassimira Auxiliar: _____
 Anestesiista: Dr. Italo Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico com Bloqueio + Sedação

Insuno	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina) ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

COMPREV
 COMPREV SEGURANÇA E CONFIABILIDADE
 11 SET. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESS.

Amanda Rodrigues de Almeida
 Enfermeira
 COREN-PB 264578



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

Michael Cleme

Sd.

Hemograma

Coagulograma

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
PMPB 7801 TEOT 15253

14/08/19

DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

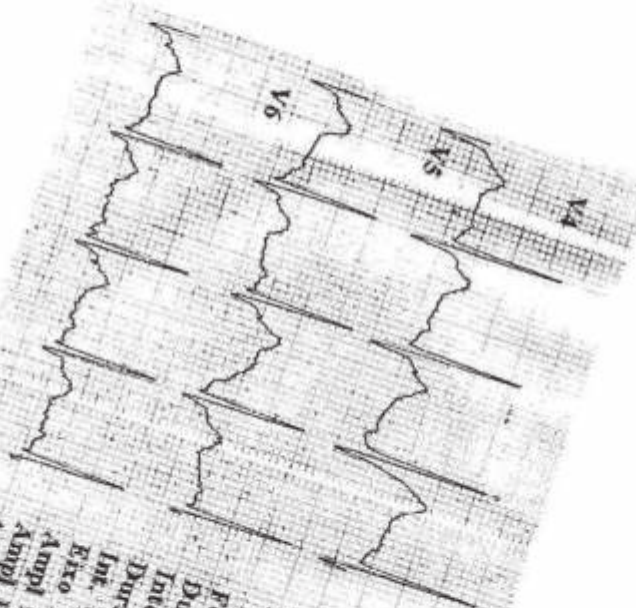
"Tudo posso naquele que me fortalece"

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



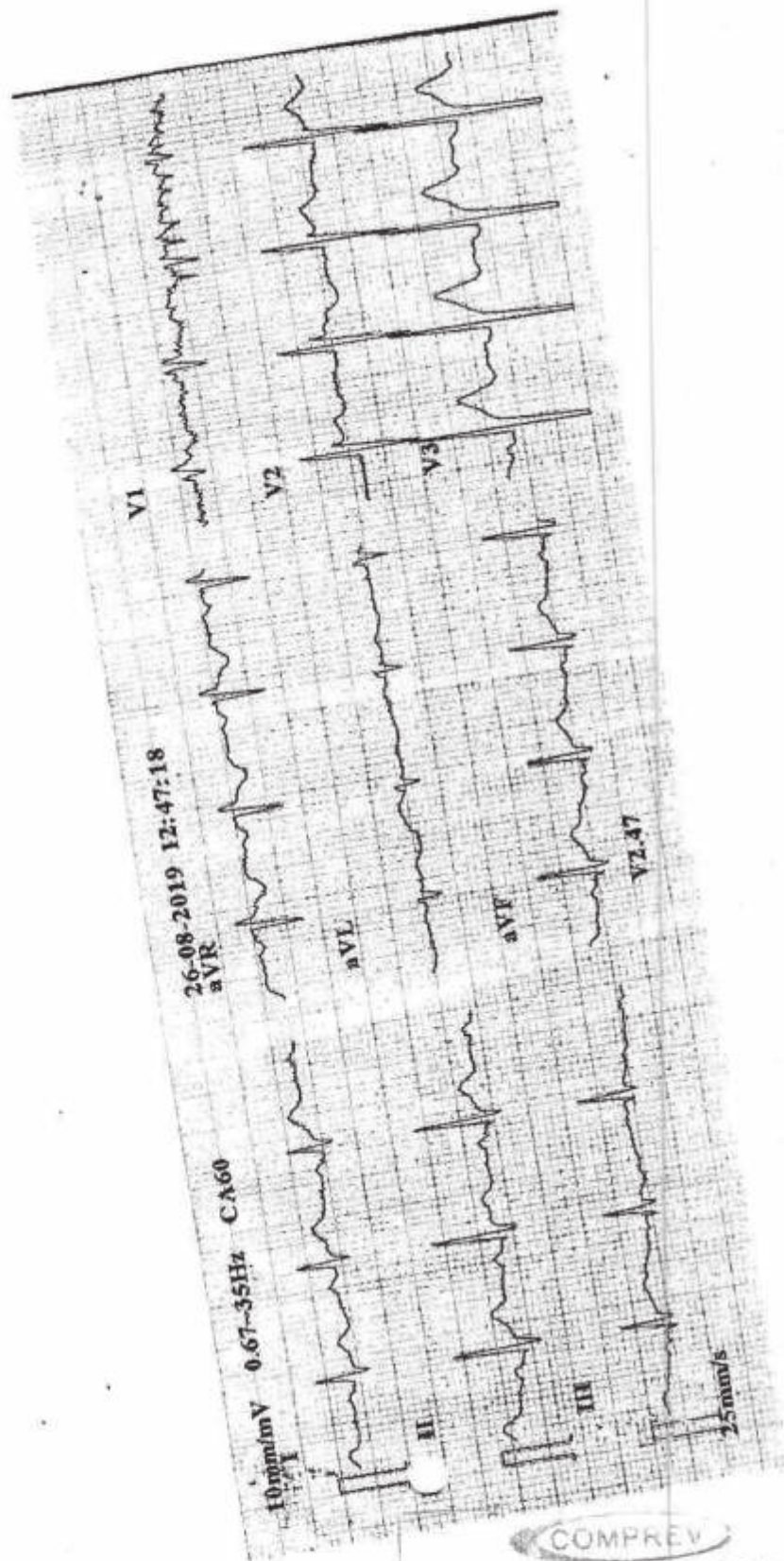
ID : 190826-1247
 Nome :
 Idade : 35 A
 Sexo : Masc.
 P.A.
 Altura :
 Peso :
 FC :
 Duração P : 93 bpm
 Intervalo PR : 91 ms
 Duração PR : 143 ms
 Eixo QT/QTc : 94 ms
 Amplitude P/QRST : 325/406 ms
 Amplitude RV5/SV1 : 51/68/56 °
 Amplitude RV6/SV2 : 1.44/1.02/33 mV
 1.674 mV
 1.307/0.967 mV

26.08.19 Código de Minnesota:
 Michael Clementino Macedo

Informação diagnóstica:
 800: Ritmo sinusal
 ECG Normal

Laudo Confirmado por:

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 11 SET. 2019
 PROTOCOLADO
 DR. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E OBRIGACÃO SA

11 SET. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

Michael Clementino

2. Visão

1) Tumor — na
Tórax a p 8/8h
João S. da

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

19.08.19
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB
"Tudo posso naquele que me fortalece"

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UF: 25

Sexo: M

SPO: _____ FC: _____ HGT: _____ GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

1. Qual é o nome?

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Don't forget

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE N

04 - ACIDENTE N

05 - OUTRAS LE

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10-

MEDICACÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

ÓBITO	
-------	--

☐ INTERNACÃO

1117

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	8	0	1	0	1	0	0	7	2
2 -										
3 -	1	2	2	5	2	7	0	2	2	2

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Cmm / Cns

CBO

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL

Polgar Direito

Xanthocephalus

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante:		CNPJ:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		2592568	
Nome do estabelecimento Executante:		CNPJ:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		2592568	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente:		Apelido:	Nº Prontuário:
Michael Clementino de Araújo			
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	Data de Nascimento:	Sexo:	Raça/Cor:
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe:		Nome do Responsável:	DDD Telefone de Contato:
Município de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
Nº	Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município: UF: CEP:
Ponto de Referência:	Documento:	Nº	
	CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:		Nº Cons. De Classe:	CPF:
Ass. e Carimbo Diretor Clínico:			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos:			
1 trauma em ombro (D)			
Condições que justificam a internação:			
Cirurgia			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados):			
Razo X			
Diagnóstico Inicial:	CID 10 Principal:	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:
Fraqueza Ombro	S42.0		
Nº Notific. Compulsória:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado:		Código do Procedimento Solicitado:	
Osteomíoma de clavícula			
Código do Caráter da Internação:	Clínica:	Leitor Complementos:	
<input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Eletivo <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopédica		
Equipamentos Requeridos Para Internação:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do Profissional Solicitante:			
João Camarin Neto			
Documento:	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:		Nº de Conselho de Classe:
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/>	036184304-81		7801
Data da Solicitação:	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº de Conselho de Classe		Data Dejeada Para Internação:
19/08/19	Dr. João Camarin Neto Ortopedia e Traumatologia CRM 1201 TEOT 15253		26/08/19
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÁNSITO, ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTES DE TRÁFEGO)			
ACIDENTE DE TRÁNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input checked="" type="checkbox"/>	
ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>			
CNPJ da Seguradora:	Número do Bilhete:	Série:	
CNPJ da Empresa:	CNAE da Empresa:	CBOR:	
Vínculo com Previdência:			
Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado <input type="checkbox"/>			
AUTORIZADO			
Nome do Profissional Autorizador:			
Documento:	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador:		
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>			
Data de Autorização:	Código do Órgão Emissor:		
Nº Reg. Cons. Classe:	Ass. Do Autorizador/Carimbo:		

COMPREV SEGUROS E PREVENÇÃO S/A

11 SET. 2019

Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização

PROTUCOLO
19. JOÃO PESSOA

HOSPITAL

Nome: Mikael Clementina Moraes
 Filiação: Maria Raima Clementina
 Sexo: Mas. Idade: 42a. Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cirúrgica Data: 26/08/19
 Cirurgião: Dr. Camimera Auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico com Bloqueio + Sedação

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina) ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

COMPRESSE
 11 SET. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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



HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO	
ME DO PACIENTE	Michael Clementino	LEITO	
DATA DA OPERAÇÃO	26/08/14	ENF.	
ERADOR	Dr. José Clementino	1º AUXILIAR	
AUXILIAR		3º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR		TIPO DE ANESTESIA	
ESTESISTA			
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura da Clavícula (D)		
MO DE OPERAÇÃO	Osteotomia da Clavícula (D)		
AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	(D) melhor		
LATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
AME RADIOLOGICO NO ATO			
IDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

- 1) Acesso com 5.5H sob anestesia.
- 2) Anestesia e Anticoagulação.
- 3) Colocação de Pincos Cirúrgicos.
- 4) Incisão com Uterotomia da Clavícula (D).
- 5) Abertura da pele.
- 6) Redução da fratura + lavagem da cavidade e Curativo B.m.2.
- 7) Sutura da pele.
- 8) Curativo.

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 7801 TEOT 15253

COMPREV
COMPREENSÃO E PREVENÇÃO
11 SET 2014
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 26/08/2019 09:29:01

Ocorrência: **CIRURGIA**

2030

Servidor do Dr.:

Paciente **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**

Idade: 24 Sexo M

Filiação

Pai: JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

Mãe: MARIA LIMA CLEMENTINO

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: CROMACIO WANDERLEY

Bairro: VIDA NOVA I

Naturalidade: PAULISTA - PB

Fone:

N.:

Documentos

CNS: 707-4010-2379-2875

Identidade: 4.101.710

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 29/07/1995

Cor: BRANCA

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Profissão: AGRICULTOR(A)



Responsável:

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

Trauma com amolamento (P) há +
(10) dias

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

Com limitação funcional em AS

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Fratura de Clavícula (P)

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PA 1804 TEOT 15253

Motivo da Alta:

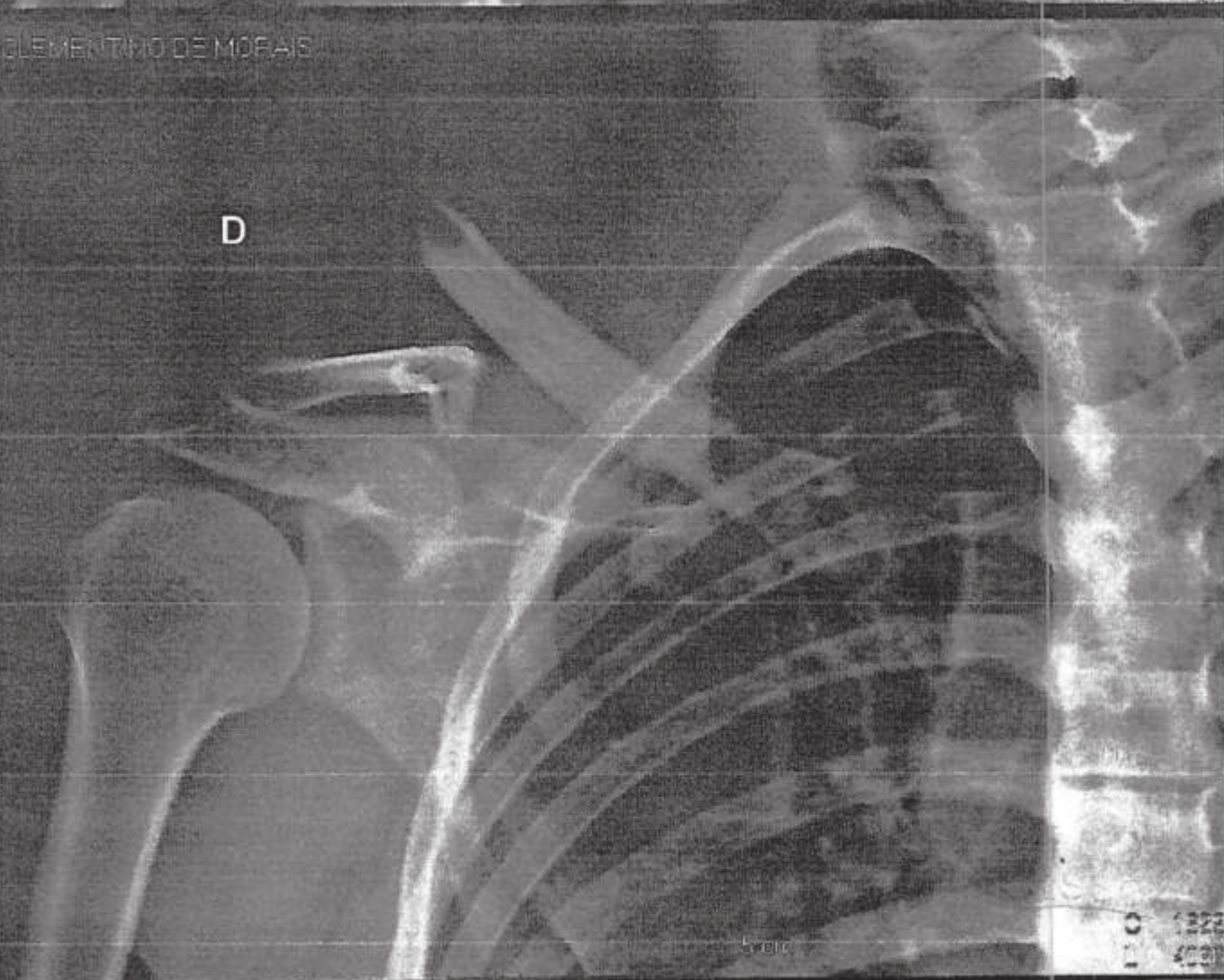
Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, / /

Recepcionista: FATIMA

D



D



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.U.A Leito: 02 Data Admissão: 26/08/14
Paciente: Michael Clementino de Morais Idade: 24 anos Hora Admissão: _____
Dias de Internação: _____ Turno: D/N SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: _____
Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha
() Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetrícia () Clin. cirúrgica/Obstetrícia () Clin. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____
Tipo de tratamento: () Clínico (☒) Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

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

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>84</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>110x80</u> mmHG
18h00	T: <u>36,6</u> °C	P: <u>76</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>110x90</u> mmHG
00h00	T: <u>36</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>130x90</u> mmHG
06h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>84</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>120x80</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Confuso (☒) Cooperativo
() Não Cooperativo (☒) Comunicativo () Não Comunicativo (☒) Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado
Responde a estímulos: (☒) Verbais () Dolorosos () Ocular
Estado emocional: (☒) Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo
Crise convulsiva: () Sim (☒) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (☒) Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico
() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização
Tosse: () Sim (☒) Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz
Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva
Curativo: () Sim (☒) Não Data: _____ Hora: _____
Estado nutricional: (☒) Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso
Dieta alimentar: (☒) Boa () Regular () Insuficiente (☒) Restrição () Não aceita dieta
Via de administração alimentar: (☒) Oral () SNG () SOG () Parenteral
Vômitos: () Sim () Não Frequência: _____
Eliminações intestinais: (☒) Presentes () Ausentes Frequência: _____
Aspecto: (☒) Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: (☒) Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias
() SVF 03 vias () Uso de fraldas
Aspecto: (☒) Límpida () Concentrada () Hematúria
Diurese: (☒) Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: (☒) Deambulando () Não Deambulando () Deambulação prejudicada
Edema: (☒) Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII (☒) MSD
Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

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



ACESSO VENOSO:

Venoclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data
punção: 06/08/19 Hora: 10:40 Gelco N° 20 () Scalp N° _____

Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim, data: ____/____/____, hora: ____:____ Médico: _____
() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

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

QUEIXAS:

Sem queixas

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

*Paciente evolui em E.G.B., aguçando
procedimento cirúrgico.*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 06/08/19 Hora: 11:00

AValiação NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

*Paciente evolui em E.G.B., feito procedimento
cirúrgico, medicado e segue no pós
imediato.*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 06/08/19 Hora: 20:30

Cybele Formiga Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN-PB: 1005860

COMPREV
COMPREV SECURE PREVIDENCIA S/A
11 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - ÚLCERA POR PRESSÃO

TABELA DE VALORES

PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto

- 1 - Completamente limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à umidade

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionalmente úmida
- 4 - Raramente úmida

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

- 1 - Completamente imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

- 1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escoriações em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação	Observação
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pontuação total

24

PONTUAÇÃO: A CONTAGEM BAIXA DE PONTOS INDICA UMA BAIXA
HABILIDADE FUNCIONAL INDICADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO - ALTO

> ACIMA DE 15 PONTOS: RISCO MÍNIMO
> DE 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO
> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 8 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto-suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto-suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminação no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto-suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais. Eviscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos.	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

26, 08, 19

Data da avaliação

Thayse Cristina de Fátima Moraes
Enfermeira
COREN-PB 273.206

Enfermeiro (a) / COREN

13

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Mikail Clementino de Menezes Leito: 02
Pront.: _____ Procedência: _____ Enfermeira: _____ Data da admissão: 26.08.19
Idade: 24a Sexo: ☒ M ☐ F Religião: _____ Ocupação: _____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Tipo de tratamento:

Artroscópico - emergencial

3. Necessidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: ☒ Preservada () Prejudicada

Oral: ☒ Preservada () Prejudicada

Demanda de Auto Cuidado: _____

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

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

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

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

Interação Social: ☒ Comunicativo () Não Comunicativo

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

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

4. Fatores de Risco:

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

Alergias: Neg

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): _____

Antecedentes familiares: _____

Uso de medicamentos: X

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: _____ C° P: _____ bpm R: _____ ipm PA: _____ mmHg FC: _____ bpm

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm CA: _____ cm

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

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado

Nível de Resposta: _____

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

lúcia castanta (quite rubra) supurício 'o'

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

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

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

() Processo inflamatório / Infeccioso

Aspecto da mucosa/outros: _____

COMPREV SEQUROS E PREVENÇÃO SIA

11 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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



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

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

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

Mucosa oral: ☒ Íntegra () Lesões:

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

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

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

Sistema Respiratório: ☒ Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico () Em repouso () Min. Esforço
() Méd. Esforço () Grand. Esforço () Uso O₂ () Tosse () Secreção () Ausculta pulmonar

Atividade Cardíaca: ☒ Regular () Irregular Frequência:

Edema: ausente

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

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

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

Eliminação intestinal (frequência/característica): presente normal

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

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

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

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

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

Rede venosa:

6. Impressões do Enfermeiro:

Paciente em repouso, consciente, calmo, orientado, colabora com a assistência, sem alterações físicas, sem queixas, sem alterações de humor, sem alterações de comportamento.

Paciente em repouso, consciente, orientado, higienizado, colabora com a assistência, sem alterações físicas, sem queixas, sem alterações de humor, sem alterações de comportamento.

Assinatura: Thomaz

Enfermeiro:

COREN:

DATA:

26/03/19

Thomaz Cristiane de Fátima Moura
Enfermeira
COREN-PB 273.205



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



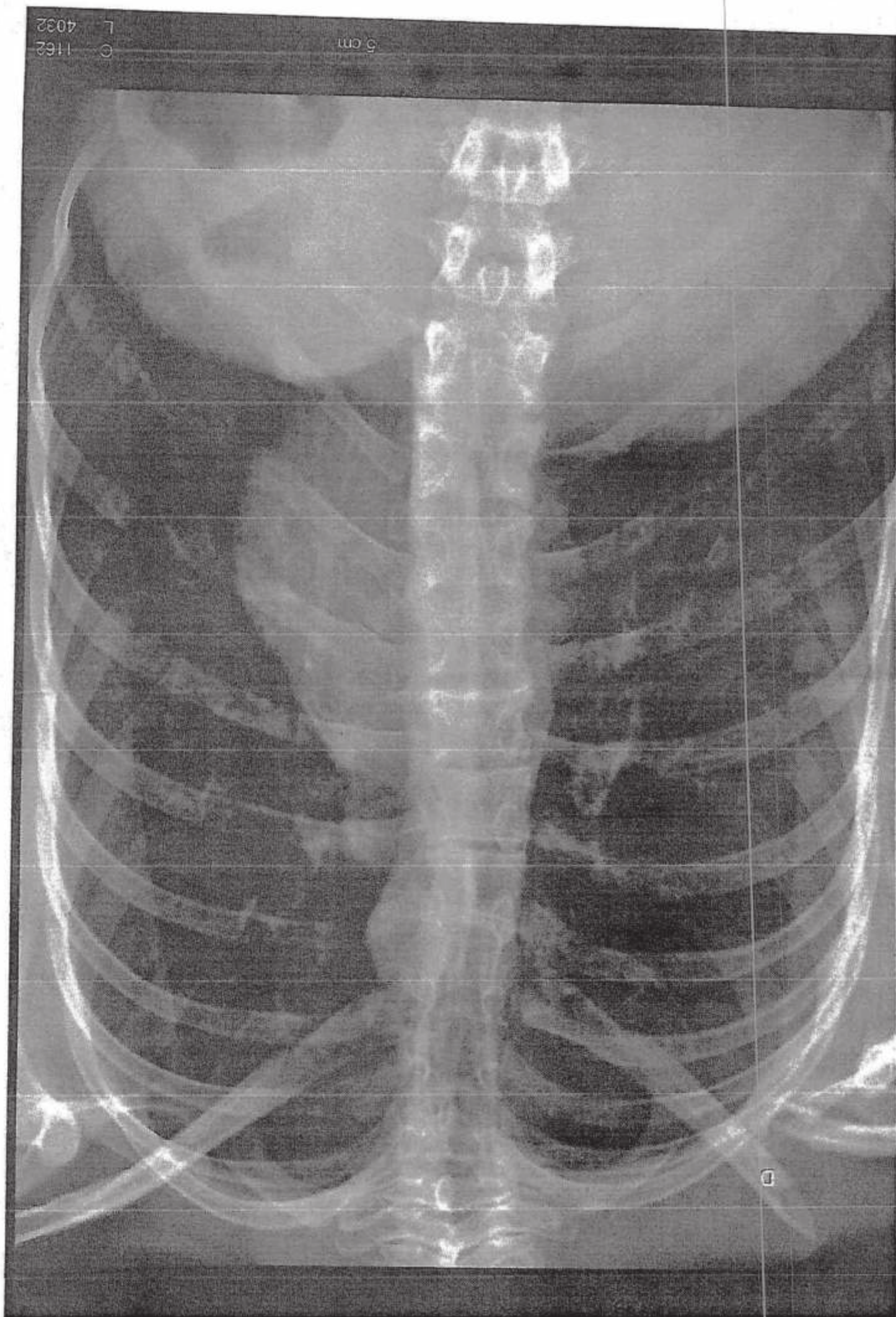
HOSPITAL	
NOME DO PACIENTE	Michael Carneiro
DATA DA OPERAÇÃO	26/08/14
ENF.	
OPERADOR	Dr. José Cassimiro Neto
1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	
3º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA	
TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de Clavícula (D)
TIPO DE OPERAÇÃO	Artrocentese de Clavícula (D)
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	(D) melhora
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS	
<p>(1) Abertura com Scalp sem anestesia. (2) Anestesia e Antisept. de. (3) Introdução de Punção, aspiração. (4) Injeção de líquido contendo de clorocela (D) (5) Abertura por punção (6) redução clavícula + lavagem da jointura e lavagem B.m.2 (7) Sutura por punção (8) fechamento</p>	

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 7801 TEOT 15253

COMPROVAÇÃO
COMPRESSORES
11 SET. 2014
PROT. 111
AG. JOÃO PESSOA

L 4032
C 1162

5 cm





ATESTADO MÉDICO

Assisto, para os devidos fins, que Michael Clementino
de Morais portador do RG _____,
foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S42.0
em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 60 (seis meses) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 07 de 09 de 20 19

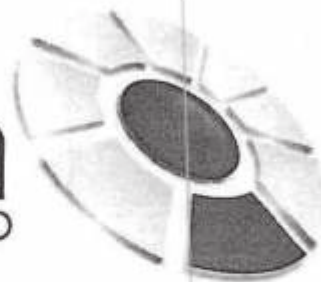
Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
certificado CID ou por extenso neste atestado médico.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
Nº do Paciente: PB180290795
Data de Nascimento: 29/07/1995
Data do Exame: 19/08/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura completa do terço distal da clavícula com desvio ósseo, elevação proximal e fragmento ósseo desprendido.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

Altura acromioclavicular usual.

Aumento das partes moles e obliteração dos planos adiposos intermusculares na região supraclavicular.

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA S/A
11 set. 2019
PROTOCOL
DR. JOÃO PESS

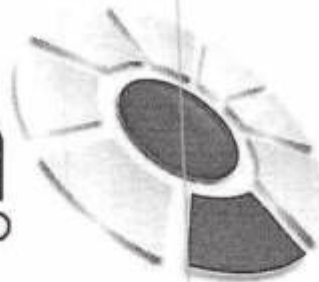
Carla Fanchiotti Costa

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:43:57 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O retator se coloca à disposição do médico dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
Nº do Paciente: PB180290795
Data de Nascimento: 29/07/1995
Data do Exame: 19/08/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TÓRAX PA

RELATÓRIO:

Traqueia e mediastino centrados.
Parênquima pulmonar com transparência usual.
Hilos pulmonares preservados.
Seios costofrênicos visualizados livres.
Índice cardiorádico normal.



Carla Fanchiotti Costa

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:44:25 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

ACQUIDITADU CARTEIRA DE IDENTIFICACAO

Mikael Clementino de Moraes

632-D



DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

SECRETARIA DA SEGURANCIA PUBLICA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANA

BRASIL

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRICAO

Número 121.881.274-55

Nome MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nascimento 29/07/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

SUS

Sistema Único de Saúde


MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data Nasc.: 29/07/1995

M: 632-D

632-D

6432 0109 707



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PERFIL GERAL

4.101.710

DATA DE EXPECACAO 26/09/2012

NOUE MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RAACAO JOSENTILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

NATURALIDADE PAULISTA-PR

DATA DE NASCIMENTO 29/07/1995

CPF 121.881.274-55

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.119 DE 2008/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E DEVIDENCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

ACQUIDITADU CARTEIRA DE IDENTIFICACAO

Mikael Clementino de Moraes

632-D



DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

SECRETARIA DA SEGURANCIA PUBLICA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANA

BRASIL

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRICAO

Número 121.881.274-55

Nome MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nascimento 29/07/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

SUS

Sistema Único de Saúde


MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data Nasc.: 29/07/1995

M: 632-D

632-D

6432 0109 707



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PERFIL GERAL

4.101.710

DATA DE EXPECACAO 26/09/2012

NOUE MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RELACAO JOSENTILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

NATURALIDADE PAULISTA-PR

DATA DE NASCIMENTO 29/07/1995

DOO ORIGIN NASC. N. 15802 FLS. 251 LIV. A-14

CARTORIO SAO BENTO-PR

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N. 7.118 DE 2008/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E DEVIDENCIA S/A

11 SET. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO



NOME
FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO

FILIAÇÃO
JOSE CARNEIRO DOS SANTOS
FRANCISCA DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO

REGISTRO
CAICOR-RN

DATA DE NASCIMENTO
23/11/1982

CPF
3442298-8306/PS

CPF
087.234.454-33

DATA DE EXERCÍCIO
01/01/2018

ASSINATURA
PAULO ANDRÉ MACHADO SILVA

PROFESSOR

ALUNO
23221

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 SET. 2019
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014482079010
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2019
VA 1 COD. RENAVAM 0103925378-1 B.N.T.R.C. 00/00000000

ROSIHELIO VIEIRA RAMALHO

CPF / CNPJ 01741326460 PLACA NQK0742/PB
PLACA ANT / UF PB CHASSI 9C2KD0810FR415279

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2015 ANO REG 2015
CAP / POT / CIL 2 P/162 / C1 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS 1º 2º 3º
FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 28/02/2019
PRÊMIO TOTAL (R\$) P A G O

A.F RECON ADM DE CONSORCIOS LTDA

SAO BENTO-PR LOCAL 07/03/2019
41521 14982

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

PB Nº 014482079010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 07/03/2019

VA 1 CPF / CNPJ 01741326460 PLACA NQK0742/PB
RENAVAM 01039253781 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD
ANO FAB 2015 ANO REG 2015 Nº CHASSI 9C2KD0810FR415279

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) ***** DESAVAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO VILA RESERVA/RECURSOS (R\$) P A G O
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITACÃO 28/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.402/0001-04

14982-0914043-20190307

DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190526109 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-8-17

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190526109 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-8-17

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



FLAUBER JOSÉ

— ADVOCADO —

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55 e RG nº 4.01.710 SSP/PB, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Sitio Xique-Xique, s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83. 996778542.

OUTORGADO: FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, **JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS**, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; **ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA**, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**.

MILTON LÚCIO DA SILVA	
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL	
Rua Sandoval da Silva, nº 224, Centro, CEP 58865-000	
São Bento - PB - Fone: 83/3444-2533 / 3444-1212	
Reconheço POR AUTENTICIDADE	Assinatura de MIKAEL
CLEMENTINO DE MORAIS. Em test.	da verdade. Dou
São Bento - PB, 29/08/2019	
AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA	
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-7.029-445-0XV8	
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tfn.jus.br	
EMOLUM. R\$: 9,91 FAREN R\$: 0,29 FEPU R\$: 1,98	

São Bento Cartório Unico Registro Imóveis e Notas
Milton Lúcio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas, Títulos e Documentos
Oficial de Protestos e Letras
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

Auricélio Nicolau da Silva
Escrivente

São Bento-PB, 29 de agosto de 2019.

Mikael Clementino da Moraes

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma Autenticidade)

flauberjoseadv@gmail.com
@flauberjoseadvogado

(83) 99621.0214
(83) 98786.2097
(83) 98197.3333

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314191/19

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

CPF: 121.881.274-55

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO : 097.234.454-33

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

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS : 121.881.274-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
CPF: 121.881.274-55

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314191/19

Número do Sinistro: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

CPF: 121.881.274-55

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019

Nome: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO

CPF: 097.234.454-33

FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA