Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

Carta n°: 9522283

A/C: NAZIRA PEREIRA CARDOSO

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01399/01400 - carta_01
00020700

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

Carta n°: 9522589

A/C: DALVANIRA PEREIRA CARDOSO DA SILVA

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01395/01396 - carta_01
00020698

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

Carta n°: 9523136

A/C: MONICA PEREIRA MARQUES

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01341/01342 - carta_01
00030671

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

Carta n°: 9523468

A/C: VALDIR PEREIRA CARDOSO

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01397/01398 - carta_01
00020699

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta n°: 9533851

A/C: MONICA PEREIRA MARQUES

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando

página

Pag. 01581/01582 - carta_03

00080791

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta n°: 9534208

A/C: GILBERTO PEREIRA CARDOSO

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando

página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01605/01606 - carta_03
00070803

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta n°: 9534848

A/C: DALVANIRA PEREIRA CARDOSO DA SILVA

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01601/01602 - carta_03
00070801

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta n°: 9535548

A/C: NAZIRA PEREIRA CARDOSO

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível
- Declaração cônjuge faltando página
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01609/01610 - carta_03
00070805

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta n°: 9535680

A/C: VALDIR PEREIRA CARDOSO

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01603/01604 - carta_03
00070802

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10511178

a/c: NAZIRA PEREIRA CARDOSO

Sinistro:	**3160483948 ASL-0997209/16**
Vitima:	**JOSE CARDOSO**
Data Acidente:	**11/11/2015**
Natureza:	**MORTE**
Procurador:	

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Pag. 00965/00966 - carta_16

00020483

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso *site* www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RIVELINO PEREIRA CARDOSO

PORTADOR(A) DO RG Nº 2 606 066 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 25/11/2004 E CPF 036201204-04 /CNPJ ___.___.___/____-__, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R$_____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ CARDOSO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2508-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16691-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

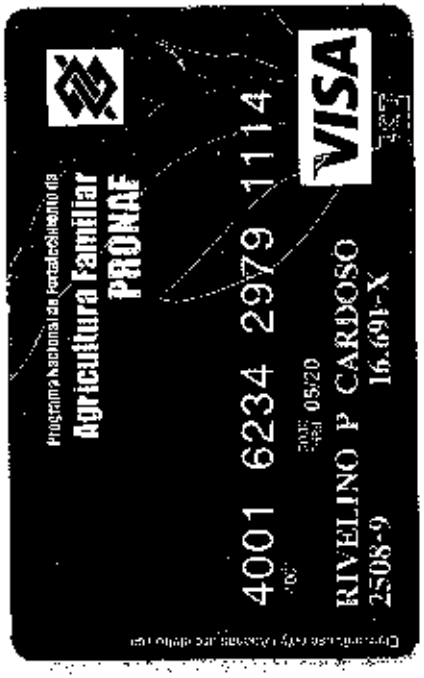
QUEIMADAS, 18 de MARÇO de 2016 — Rivelino Pereira Cardoso

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LIDER ORBT 10 & 18/07/2016 16:56 - 000000166924



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IN "0014" O DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GILBERTO PEREIRA CARDOSO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1647746 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 07/08/1991 E CPF 789974937453 /CNPJ ___.___.___/____-__. PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R$_____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ CARDOSO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo sem informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 009 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 04182-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

QUEIMADAS, 5 de MARÇO de 2016 — Gilberto Pereira Cardoso

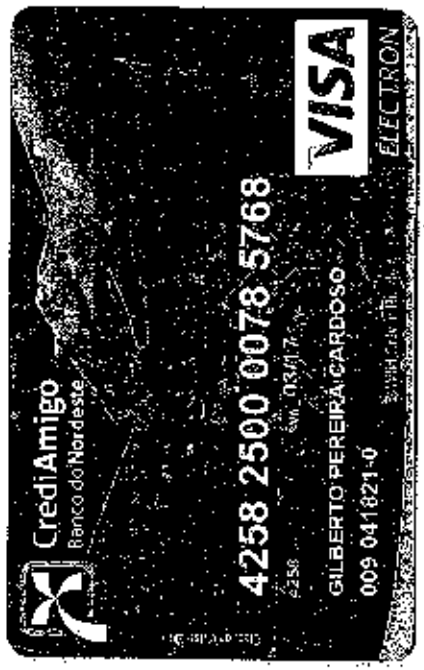
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 18/03/2016 16:16:56 98257 2016 0000169229 1 5

SEGURADORA LIDER JPVAT 10 % 18/07/2016 16:56 - 000000166930



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MONICA PEREIRA MARQUES,
PORTADOR(A) DO RG Nº 1384 565 EXPEDIDO POR SSP IOF EM ____/____/____ E
CPF 56466929191-49 /CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R$_____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ CARDOSO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2833-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9.147-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

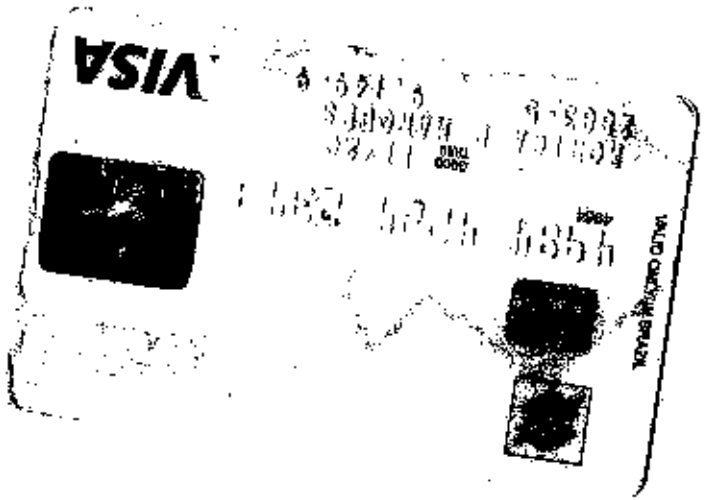
Quixeramobim, PB, 13 de abril de 2016 Mônica Pereira Marques
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 10 x 10/04/2016 16:15:15 - 000001662908

SEGURADORA LIDER DPVAT 10 & 18/07/2016 16:35 - 000000166909



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0997209/16
Vítima: JOSE CARDOSO
CPF: 251.886.664-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/11/2015
Titular do CPF: JOSE CARDOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

DALVANIRA PEREIRA CARDOSO DA SILVA : 674.818.764-87
Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GILBERTO PEREIRA CARDOSO : 789.974.374-53
Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MONICA PEREIRA MARQUES : 564.609.291-49
Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Documentos de identificação

NAZIRA PEREIRA CARDOSO : 674.818.684-68
Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

RIVELINO PEREIRA CARDOSO : 036.201.204-04
Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VALDIR PEREIRA CARDOSO : 062.925.114-21
Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 27/07/2016
Nome: NAZIRA PEREIRA CARDOSO
CPF/CNPJ: 674.818.684-68

NAZIRA PEREIRA CARDOSO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 27/07/2016
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

MORTE **Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos**

Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSE CARDOSO	
Data do Acidente 16 / 11 / 2015	CPF: 251 886 664-72

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome NAZIRA PEREIRA CARDOSO

[X] Beneficiário [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco: ESPOSA

Endereço SITIO OLHO D'AGUA SALGADO		
No. S/N Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Cidade QUEIMADAS	UF PB	CEP 58475-000
Telefone 9 96487325	Email	

Informações Importantes

- **O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.**
- **Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.**
- **A indenização por Morte é de R$ 13.500,00.**
- **Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MAE.**

Atenção ! ⇨ **Preencha com [X] Para documentação entregue**

3. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A GARANTIA DE MORTE

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Carteira de Identidade do(s) beneficiário(s) (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF do(s) beneficiário(s) (Cópia simples e legível).

[ ] Comprovante de Residência em nome do(s) Beneficiário(s) (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização - original para cada beneficiário - anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários. (modelo no balcão de atendimento).

[X] Certidão de Óbito da Vítima (Cópia autenticada e legível).

OBSERVAÇÃO:

- Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme legislação em vigor, dependendo de cada caso específico, como por exemplo:

1) Prova da condição de cônjuge (esposa ou esposo) - quando era legalmente casado(a) com a vítima

2) Prova da condição de companheirismo - quando convivia maritalmente com a vítima e esta era solteiro(a) ou separado(a) judicialmente ou divorciado(a).

3) Prova da condição de casado(a) e de companheirismo - quando a vítima falece no estado civil de casado(a) mas estava separado(a) do esposo(a) e tinha um(a) companheiro(a).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
Data 1 1 Identidade 381-463	[X] Recebi os documentos assinalados
Nome NAZIRA PEREIRA CARDOSO	Data 31/04/16 Matr. Correios 06129678
Nazira Pereira Cardoso.	Nome HOLBERTAMOS BARBOSA
Assinatura do Portador	Assinatura do Atendente

MORTE Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder · DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSÉ CARDOSO	
Data do Acidente 26/11/2015	CPF: 251.886.664-72

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome GILBERTO PEREIRA CARDOSO DA SILVA

[X] Beneficiário [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco: FILHO

Endereço SITIO OLHO D'AGUA SALGADO			
No.	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Cidade QUEIMADAS		UF PB	CEP 58475-000
Telefone 99155516 84		Email	

Informações Importantes

- **O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.**
- **Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.**
- **A indenização por Morte é de R$ 13.500,00.**
- **Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.**

Atenção ! ⇨ Preencha com [X] Para documentação entregue

3. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A GARANTIA DE MORTE

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Carteira de Identidade do(s) beneficiário(s) (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF do(s) beneficiário(s) (Cópia simples e legível).

[X] Comprovante de Residência em nome do(s) Beneficiário(s) (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização - original para cada beneficiário - anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários.
(modelo no balcão de atendimento).

[X] Certidão de Óbito da Vítima (Cópia autenticada e legível).

OBSERVAÇÃO:

- Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme legislação em vigor, dependendo de cada caso específico, como por exemplo:

1) Prova da condição de cônjuge (esposa ou esposo) - quando era legalmente casado(a) com a vítima
2) Prova da condição de companheirismo - quando convivia maritalmente com a vítima e esta era solteiro(a) ou separado(a) judicialmente ou divorciado(a).
3) Prova da condição de casado(a) e de companheirismo - quando a vítima falece no estado civil de casado(a) mas estava separado(a) do esposo(a) e tinha um(a) companheiro(a).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
Data 1 1 Identidade 164-77 46	[X] Recebi os documentos assinalados
Nome GILBERTO PEREIRA CARDOSO	Data 13/04/16 Matr. Correios 9119538
Gilberto Pereira Cardoso	Nome Horus Ramos Barros
Assinatura do Portador	Assinatura do Atendente

MORTE **Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos**

Seguradora Líder · DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSÉ CARDOSO	
Data do Acidente 16/11/2015	CPF: 951 886 664 - 72

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome VALDIR PEREIRA CARDOSO

[X] Beneficiário [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco: FILHO

Endereço QMN 23			
No. 47	Complemento	Bairro Conjunto J	
Cidade Ceilandia	UF DF	CEP [ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]	
Telefone		Email	

Informações Importantes

- **O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.**
- **Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.**
- **A Indenização por Morte é de R$ 13.500,00.**
- **Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.**

Atenção ! ⇨ **Preencha com [X] Para documentação entregue**

3. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A GARANTIA DE MORTE

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Carteira de Identidade do(s) beneficiário(s) (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF do(s) beneficiário(s) (Cópia simples e legível).

[X] Comprovante de Residência em nome do(s) Beneficiário(s) (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização - original para cada beneficiário - anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários.
(modelo no balcão de atendimento).

[X] Certidão de Óbito da Vítima (Cópia autenticada e legível).

OBSERVAÇÃO:

- Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme legislação em vigor, dependendo de cada caso específico, como por exemplo:

1) Prova da condição de cônjuge (esposa ou esposo) - quando era legalmente casado(a) com a vítima
2) Prova da condição de companheirismo - quando convivia maritalmente com a vítima e esta era solteiro(a) ou separado(a) judicialmente ou divorciado(a).
3) Prova da condição de casado(a) e de companheirismo - quando a vítima falece no estado civil de casado(a) mas estava separado(a) do esposo(a) e tinha um(a) companheiro(a).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
Data 1 1 Identidade 3656-93	[X] Recebi os documentos assinalados
Nome VALDIR PEREIRA CARDOSO	Data 31/01/16 Matr. Correios [illegible]
P.P. Sayira Pereira Cardoso.	Nome [illegible]
Assinatura do Portador	Assinatura do Atendente

MORTE **Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos**

Seguradora Líder · DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSÉ CARDOSO	
Data do Acidente 26 / 11 / 2015	CPF: 251.886.664-72

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome MONICA PEREIRA MARQUES

[X] Beneficiário [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco: FILHA

Endereço QMN - 23			
No. 27	Complemento Conj I	Bairro Conjunto J	
Cidade Ceilandia		UF DF	CEP [ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]
Telefone		Email	

Informações Importantes

- **O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.**
- **Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.**
- **A Indenização por Morte é de R$ 13.500,00.**
- **Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.**

Atenção ! ⇨ Preencha com [X] Para documentação entregue

3. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A GARANTIA DE MORTE

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Carteira de Identidade do(s) beneficiário(s) (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF do(s) beneficiário(s) (Cópia simples e legível).

[ ] Comprovante de Residência em nome do(s) Beneficiário(s) (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização - original para cada beneficiário - anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários.
(modelo no balcão de atendimento).

[X] Certidão de Óbito da Vítima (Cópia autenticada e legível).

OBSERVAÇÃO:

- Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme legislação em vigor, dependendo de cada caso específico, como por exemplo:

1) Prova da condição de cônjuge (esposa ou esposo) - quando era legalmente casado(a) com a vítima
2) Prova da condição de companheirismo - quando convivia maritalmente com a vítima e esta era solteiro(a) ou separado(a) judicialmente ou divorciado(a).
3) Prova da condição de casado(a) e de companheirismo - quando a vítima falece no estado civil de casado(a) mas estava separado(a) do esposo(a) e tinha um(a) companheiro(a).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data __/__/__ Identidade 1384[illegible]-65

Nome MONICA PEREIRA MARQUES

pp Regina Pereira Cardoso.

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

[X] Recebi os documentos assinalados

Data 13/04/16 Matr. Correios [illegible]

Nome [illegible]

Assinatura do Atendente

MORTE Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder · DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSÉ CARDOSO	
Data do Acidente 16 / 11 / 2016	CPF: 251 886 664-72

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome RIVELINO PEREIRA CARDOSO

[X] Beneficiário [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco: FILHO

Endereço SITIO OLHO D'AGUA SALGADO			
No. S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Cidade QUEIMADAS	UF PB	CEP 58215-000	
Telefone 994033804	Email		

Informações Importantes

- **O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.**
- **Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.**
- **A indenização por Morte é de R$ 13.500,00.**
- **Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.**

Atenção ! ⇨ Preencha com [X] Para documentação entregue

3. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A GARANTIA DE MORTE

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Carteira de Identidade do(s) beneficiário(s) (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF do(s) beneficiário(s) (Cópia simples e legível).

[X] Comprovante de Residência em nome do(s) Beneficiário(s) (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização - original para cada beneficiário - anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários.
(modelo no balcão de atendimento).

[X] Certidão de Óbito da Vítima (Cópia autenticada e legível).

OBSERVAÇÃO:

- Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme legislação em vigor, dependendo de cada caso específico, como por exemplo:

1) Prova da condição de cônjuge (esposa ou esposo) - quando era legalmente casado(a) com a vítima
2) Prova da condição de companheirismo - quando convivia maritalmente com a vítima e esta era solteiro(a) ou separado(a) judicialmente ou divorciado(a).
3) Prova da condição de casado(a) e de companheirismo - quando a vítima falece no estado civil de casado(a) mas estava separado(a) do esposo(a) e tinha um(a) companheiro(a).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data / / Identidade 2.606.066

Nome RIVELINO PEREIRA CARDOSO

x Rivelino Pereira Cardoso

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

[X] Recebi os documentos assinalados

Data 13/09/16 Matr. Correios 8477578

Nome Hermes Ramos Barbosa

Assinatura do Atendente

SEGURADORA LIDER DPVAT 10 /07/2016 16:51 - 0069016488 0858 20094 2016 000227

MORTE **Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos**

Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima JOSÉ CARDOSO	
Data do Acidente 16 / 11 / 2015	CPF: 251.886.664-72

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome DALVANIRA PEREIRA CARDOSO DA SILVA

[X] Beneficiário [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco: FILHA

Endereço SITIO GURITIBA			
No. S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Cidade QUEIMADAS		UF PB	CEP 58375-000
Telefone		Email	

Informações Importantes

- **O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.**
- **Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 1204.**
- **A indenização por Morte é de R$ 13.500,00.**
- **Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.**

Atenção ! ⇨ **Preencha com [X] Para documentação entregue**

3. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A GARANTIA DE MORTE

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Carteira de Identidade do(s) beneficiário(s) (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).

[X] CPF do(s) beneficiário(s) (Cópia simples e legível).

[X] Comprovante de Residência em nome do(s) Beneficiário(s) (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização - original para cada beneficiário - anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários.
(modelo no balcão de atendimento).

[X] Certidão de Óbito da Vítima (Cópia autenticada e legível).

OBSERVAÇÃO:

- Poderão ser solicitados documentos complementares, conforme legislação em vigor, dependendo de cada caso especifico, como por exemplo:

1) Prova da condição de cônjuge (esposa ou esposo) - quando era legalmente casado(a) com a vítima
2) Prova da condição de companheirismo - quando convivia maritalmente com a vítima e esta era solteiro(a) ou separado(a) judicialmente ou divorciado(a).
3) Prova da condição de casado(a) e de companheirismo - quando a vítima falece no estado civil de casado(a) mas estava separado(a) do esposo(a) e tinha um(a) companheiro(a).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ___/___/___ Identidade 1307.664

Nome DALVANIRA PEREIRA CARDOSO DA SILVA

Dalvanira Pereira Cardoso da Silva

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

[X] Recebi os documentos assinalados

Data 13 / 04 / 16 Matr. Correios 8111578

Nome HELIO TAVARES CARDOSO

Assinatura do Atendente

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande – PB

3

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia de Polícia
Queimadas / PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre MORTE PROVOCADA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.
Hora e data do fato: Às 09:30, do dia 17 de novembro de 2015.
Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 00:13, do dia 17 de novembro de 2015.
Local do Ocorrido: NA BR 104, EM FRENTE AO COLEGIO ERNESTÃO, QUEIMADAS-PB,

COMUNICANTE: VALDIR PEREIRA CARDOSO - FILHO DA VÍTIMA, do sexo masculino, SOLTEIRO, natural de QUEIMADAS-PB, BRASILEIRO, residente na SITIO OLHO DAGUA SALGADO., bairro ZONA RURAL, na cidade de QUEIMADAS, PB, celular Nº 99303-8521

VÍTIMA: JOSÉ CARDOSO, , do sexo masculino, nascido no dia 13/11/1945, com 69 anos de idade, ID: 691.886 SSP/PB, APOSENTADO, filho de PEDRO GALDINO CARDOSO e de MARIA LOURENÇO DA SILVA, escolaridade: FUND. COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE-PB, BRASILEIRA, residente na SITIO OLHO DAGUA SALGADO, bairro ZONA RURAL, na cidade de QUEIMADAS, PB

TESTEMUNHAS: A SEREM APRESENTADOS POSTERIORMENTE NA DELEGACIA COMPETENTE..

ACUSADO(S): A ESCLARECER.

HISTÓRICO: No dia de 10/11/2015, pelas 09:30 horas, o seu pai JOSÉ CARDOSO, de 69 anos de idade, pilotava a motocicleta da marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN KS, DE COR PRETA, DE PLACA MKL-9763/PB, quando NA BR 104, EM FRENTE AO COLEGIO ERNESTÃO, QUEIMADAS-PB, o condutor de um veiculo da marca VERANEIO, que não sabe informar a placa, trafegava no local, acabou por colidir na motocicleta, vindo a vítima a cair no asfalto, se ferindo; Que, a vítima JOSÉ CARDOSO, DE 69 ANOS DE IDADE, foi socorrido para o hospital regional de Queimadas-PB, aonde foi atendido e liberado; Que, afirma que a vítima quando estava em casa, se sentiu, e foi socorrida para o hospital de trauma desta cidade de C. Grande-PB, aonde ficou internado, porém, no dia de hoje, devido aos graves ferimentos veio á óbito.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

SEGURADORA LIDER MAT10 16/07/2016 16:58 - 000001669940

AUTORIDADE — MARIA MADILEINE DE OLIVEIRA LIMA

COMUNICANTE — VALDIR PEREIRA CARDOSO - FILHO DA VÍTIMA

ESCRIVÃO — MARINALDO SANTINO DA SILVA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - QUEIMADAS/PB
DELEGACIA DE QUEIMADAS

P O R T A R I A

Tendo chegado ao conhecimento desta Autoridade Policial por meio do Boletim de Ocorrência lavrado em 17/11/2015, noticiando a morte de JOSÉ CARDOSO, possivelmente por causa de um acidente automobilístico, determino ao Sr. Escrivão tomar as seguintes medidas:

- Autue a presente;
- Junte o Boletim de Ocorrência e a requisição de exame cadavérico;
- Após devolva-me os presentes autos para análise e deliberação.

C U M P R A - S E.

Queimadas, 17 de Novembro de 2015.

Victor Emmanuel Melo dos Santos
Delegado de Polícia Civil

SEGURANÇA LUIZ MAT 10 & 18/07/2016 16:38 - 000001469

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:
JOSÉ CARDOSO
NAZIRA PEREIRA CARDOSO

MATRÍCULA:
0713160155 1972 2 00005 079 0001451 06

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONTRAENTES

JOSÉ CARDOSO, nascido em onze de novembro de um mil novecentos e quarenta e cinco (11/11/1945), natural de Queimadas-PB, brasileiro. Filho de PEDRO GALDINO CARDOSO e MARIA LAURINDO DA SILVA.
NAZIRA PEREIRA DE OLIVEIRA, nascida em vinte e sete de julho de um mil novecentos e quarenta e quatro (27/07/1944), natural de Queimadas-PB, brasileira. Filha de MANOEL HORACIO PEREIRA e NAIR DE OLIVEIRA PEREIRA.

Certidão de Casamento

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
vinte e nove de maio de um mil novecentos e setenta e dois	29	05	1972

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
Comunhão de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)
ELE: O mesmo nome de solteiro
ELA: NAZIRA PEREIRA CARDOSO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
2ª VIA. Registro lavrado em 29/05/1972, no Livro B-00005, Nº 1451, folha 79.
ANOTAÇÃO: O CONTRAENTE acima citado, FALECEU no dia 16/11/2015, conforme óbito registrado no Cartorio de José Pinheiro/Campina Grande/PB, sob nº 31623, fls. 273, Livro C/ 76. Dou fé..

SEGURANÇA LIBERADA EM 18/07/2016 14:57 - 000000164963

NOME DO OFICIO
Cartório do Registro Civil

OFICIAL REGISTRADOR
Maria do Socorro de Souza Rêgo Lucena

MUNICÍPIO/UF
Queimadas-PB

ENDEREÇO
Rua César Ribeiro nº 58 Queimadas-PB - CEP 58475000 Fone: 3392-1254 E-mail: cartorio.queimadas@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Queimadas-PB, 23 de maio de 2016

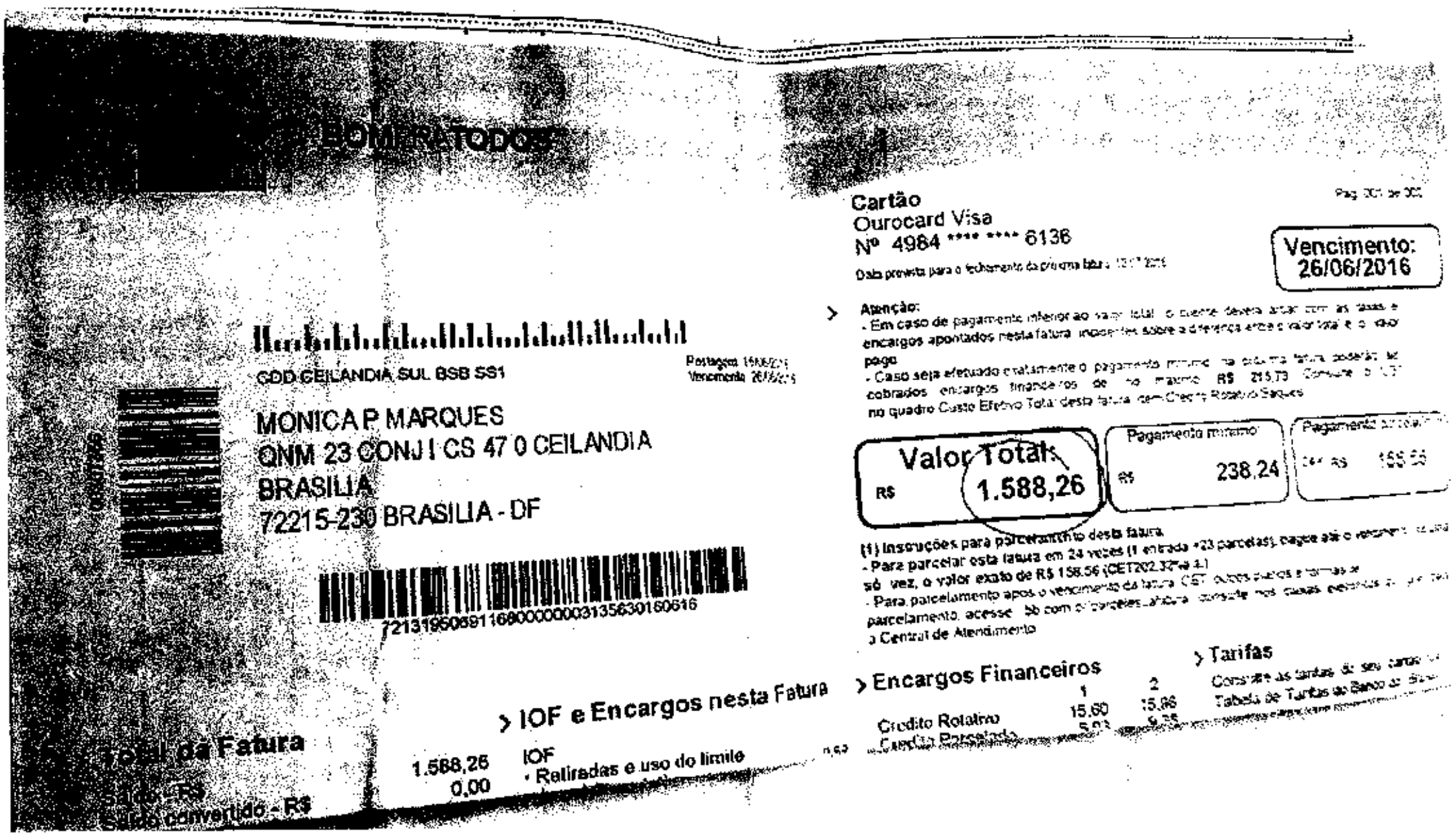
Maria de Jesus Macedo Vieira
Escrevente Compromissada

Selo Digital: **ACN82198-RPIV**
Consulte a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Queimadas - Paraíba
Maria de Jesus Macedo Vieira
Escrevente Compromissada

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 155267 B



COD CEILANDIA SUL BSB SS1

Postagem 16/6/2016
Vencimento 26/6/2016

MONICA P MARQUES
QNM 23 CONJ I CS 47 0 CEILANDIA
BRASILIA
72215-230 BRASILIA - DF

7213195069116800000003135630160616

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** **** 6136

Pag 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura 13/7/2016

Vencimento: 26/06/2016

Atenção:
- Em caso de pagamento inferior ao valor total o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago
- Caso seja efetuado o pagamento mínimo na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de no máximo R$ 215,79. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura em Crédito Rotativo e Saques

Valor Total: R$ 1.588,26

Pagamento mínimo: R$ 238,24

Pagamento anterior: R$ 155,55

(1) Inscrições para parcelamento desta fatura
- Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 entrada +23 parcelas), pague até o vencimento desta só vez, o valor exato de R$ 158,56 (CET202,37% a.a.)
- Para parcelamento após o vencimento da fatura CET, outros prazos e valores de parcelamento, acesse Sb com o parcelas_fatura, consulte nos canais destinados a isso, ou a Central de Atendimento

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	15,60	15,86
Cartão Parcelado	5,03	9,35

Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil

Total da Fatura

Saldo convertido - R$ 1.588,26

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF 0,00
• Retiradas e uso do limite

99669910000000 - 18/07/2016 16:57 1 10 0 PGNT 1108

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima José Cardoso, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 10/11/2015 faleceu em 16/11/2016 no estado civil de casado (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	Mônica Pereira Marques	filha	1384565	564 609 291 49
2.	Silvanira P. Cardoso da Silva	filha	1.307.664	674.818.761 87
3.	Gilberto Pereira Cardoso	filho	1.647.746	789 974 374.53
4.	Valdir Pereira Cardoso	filho	3.103.451	062.925.174-91
5.	Tricelina Teixeira Cardoso	filha	2.606.066	036 201 204-04

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos) ainda, que a vítima ( ) não deixou companheiro(a) ou (X) deixou companheiro(a) de nome Ela Gina Pereira Cardoso.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(s)/a(s) declarante(s) firma(m) presente, juntamente com 2(dois) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, cível na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Brasília 24 de maio de 2016
LOCAL E DATA

Mônica Pereira Marques
ASSINATURA DO DECLARANTE

Quirinópolis 08/07/2016
LOCAL E DATA

Silvanira Pereira Cardoso da Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE

Quirinópolis 08/07/2016
LOCAL E DATA

Gilberto Pereira Cardoso
ASSINATURA DO DECLARANTE

Quirinópolis 07/07/2016
LOCAL E DATA

Valdir Pereira Cardoso
ASSINATURA DO DECLARANTE

Quirinópolis 07/07/2016.

Tricelina Teixeira Cardoso

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
—	—	—	—
—	—	—	—

2 DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
Edilenza R. S. Cardoso	1704.388	002183584-03	Edilenza
Marilene M. da Silva	1.817.232	996.787.304-30	Marilene M. da Silva

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor;
b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 16 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

SEGURADORA LÍDER DPVAT 10 JUN 2016 16:57 - 000001669G7

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **NAZIRA PEREIRA CARDOSO**, brasileira, viúva, Professora aposentada, maior, portadora do CPF nº 674.818.684-68, residente e domiciliada no Sítio Olho D'Água Salgado, S/N, Zona Rural, no município de Queimadas, CEP: 58475-000, Estado da Paraíba, pela presente, na qualidade de genitora, **DECLARO**, para os devidos fins de comprovação de residência que **VALDIR PEREIRA CARDOSO**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3636952 SESP/DF e CPF nº 062.925.114-21, compartilha comigo o imóvel, localizado no endereço supracitado.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Queimadas/PB, 23 de Maio de 2016.

Nazira Pereira Cardoso.

NAZIRA PEREIRA CARDOSO

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 16:59 - 000000166968

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.817.232 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/12/2012

NOME MARILENE MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO BERNARDO DA SILVA
MARIA DAS NEVES TAVARES DA SILVA

NATURALIDADE QUEIMADAS-PB DATA DE NASCIMENTO 28/08/1973

DOC ORIGEM NASC.N.22473 FLS.270V LIV.A-27 CARTORIO QUEIMADAS-PB

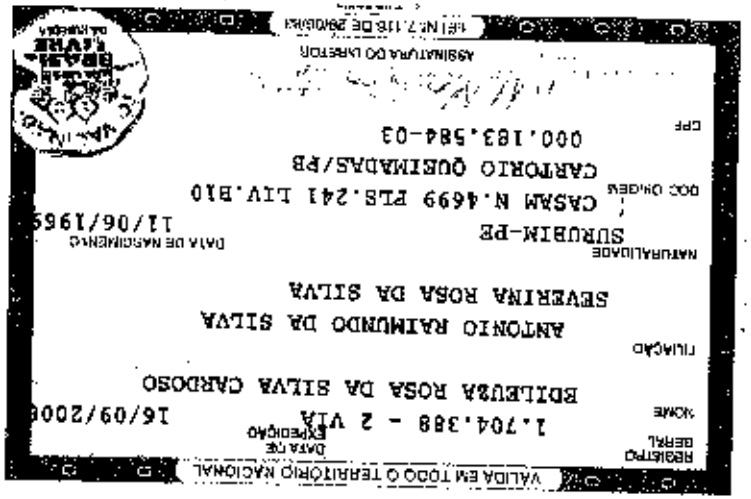
CPF 996.787.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SEFAZ-PMORA LIDER BRAFIT 10 % 18/07/2016 16:58 - 000000166969

SEGURADORA LIDER/DPVAT 10 & 18/07/2016 16:58 - 000000166970



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL — 1.704.388 - 2 VIA — DATA DE EXPEDIÇÃO 16/09/2006

NOME
EDILEUZA ROSA DA SILVA CARDOSO

FILIAÇÃO
ANTONIO RAIMUNDO DA SILVA
SEVERINA ROSA DA SILVA

NATURALIDADE — SURUBIM-PE — DATA DE NASCIMENTO 11/06/1969

DOC ORIGEM — CASAM N.4699 FLS.241 LIV.B10 CARTORIO QUEIMADAS/PB

CPF 000.183.584-03

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P. 800

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
5B58.2D8F.B500.980D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 18:40:36 do dia 28/08/2015 (hora e data de Brasília)

Código verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
000.183.584-03

Nome
EDILEUZA ROSA DA SILVA CARDOSO

Nascimento
11/06/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SEGURADORA LIDER DPVAT 10 & 18/07/2016 16:58 - 000000166971

DETRAN - PR
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

PLACA

PLACA ANTIGA

COMBUSTÍVEL

ANO FAB.

ANO MOD.

CATEGORIA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

DATA EMISSÃO

SEGURADORA LIDER MVAT 10 @ 16/07/2016 16:57 - 000001669A3

NAZIRA PEREIRA CARDOSO
SIT OLHO DAGUA SALGADO, S/N - AREA RURAL
CURIMATAS / PB CEP 58475000 (AG 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 - Km 168 - Alto Sertão III - Tambiá - Cx. Postal Cliente / PB - CEP 58428-700
CNPJ 08.336.783/0001-90 Insc. Est. 16.039.839-1

Classe/Subcls: RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONOFÁSICO
Roteiro 12 - 409 - 338 - 5480
Nº medidor 000704423794

Referência: Nov / 2015
Emissão: 20/11/2015

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 0 127 819
Dados para Débito Automático não disponíveis

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

8750 2400 7560 0010 0275 9011 4948 5415

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 4/97875-9**

Canal de contato

Nov / 2015

Apresentação

20/11/2015

Data prevista da próxima leitura

21/12/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
374819858**

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 18/11/2015 PAGAS OBRIGADO!

Cálculo de consumo

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/10/2015	20585	20/11/2015	20803	1	218	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	218	0,28980	68,11
Adic. B. Vermelha			6,91
Subsidio			36,62
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			0,52
PIS			2,42
COFINS			2,24
CONTRIB.ILUM.PUBLICA			0,76
JUROS DE MORA 10/2015			1,60
MULTA 10/2015			0,09
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			-36,62
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2015			
Devolução Subsidio			

Histórico de Consumo (kWh)

Out/15	233
Set/15	221
Ago/15	188
Jul/15	184
Jun/15	187
Mai/15	190
Abr/15	248
Mar/15	203
Fev/15	287
Jan/15	305
Dez/14	226
Nov/14	216

Média dos últimos meses 232 kWh

VENCIMENTO
27/11/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 74,97

Indicadores de Qualidade 2015 - Quinzenais

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	11,50	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,00	
DIC ANUAL	46,00	0,00
FIC MENSAL	7,80	
FIC TRIMESTRAL	15,70	
FIC ANUAL	31,50	0,00
DMIC	8,30	
DICRI	16,60	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	201
LIMITE SUPERIOR	231

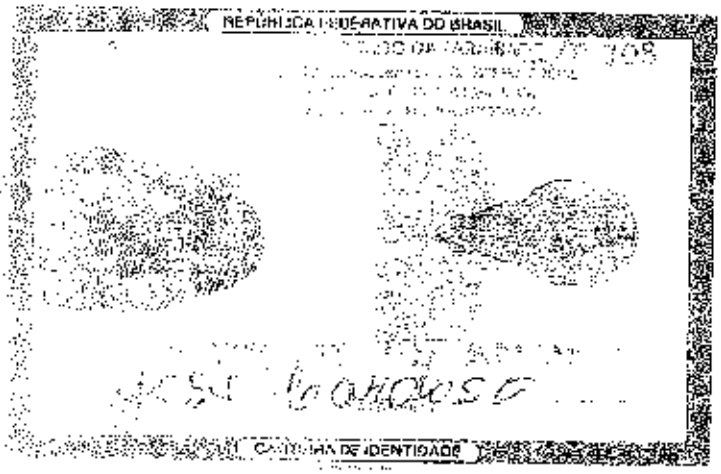
Descrição/Lançamento	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/BO	30,30	29,69
Compra de Energia	54,05	51,99
Serviço de Transmissão	2,24	2,12
Encargos Setoriais	11,14	10,55
Impostos Diversos e Encargos	6,68	6,58
Outros Serviços	0,09	0,09
Total	**104,50**	**100,00**

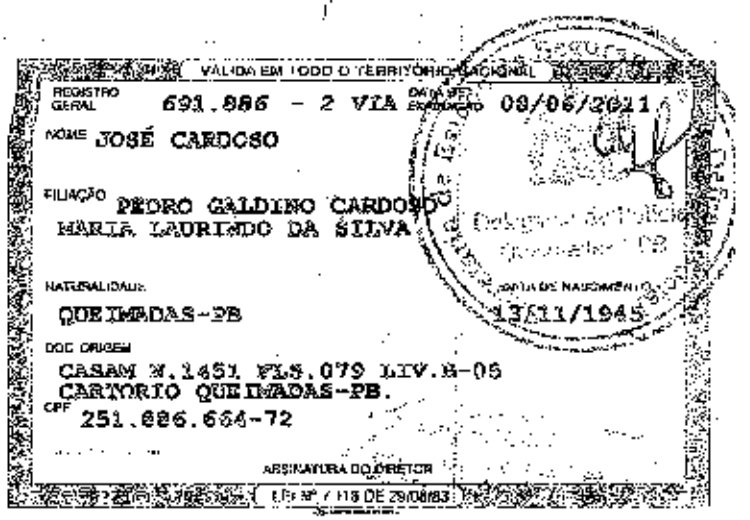
Valor de encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 6/2015) R$ 27,91

ATENÇÃO

Subvenção DEC: 1,68 hr/3 FMI 20,92
Isento ICMS

SEGUNDO OFÍCIO LTDA EPP 10 - 18/07/2016 16:57 - 000000166942





SEGURADORA LIDER DPVAT 10 8 18/07/2016 14:52 - 000000166941

SEGURADORA LIDER MVAT 10 % 18/07/2016 16:56 - 000000166937

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.817.232 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/12/2012

NOME MARILENE MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO BERNARDO DA SILVA
MARIA DAS NEVES TAVARES DA SILVA

NATURALIDADE QUEIMADAS-PB

DATA DE NASCIMENTO 28/08/1973

DOC ORIGEM
NASC.N.22473 FLS.270V LIV.A-27
CARTORIO QUEIMADAS-PB

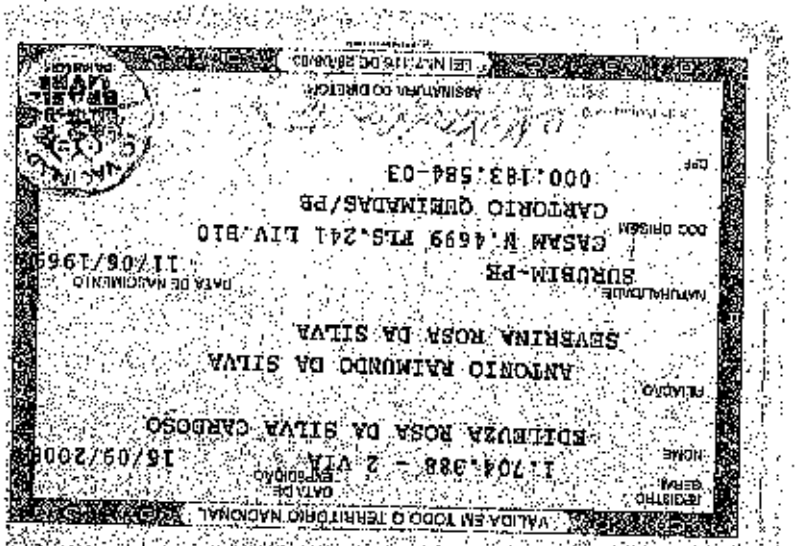
CPF 996.787.304-30

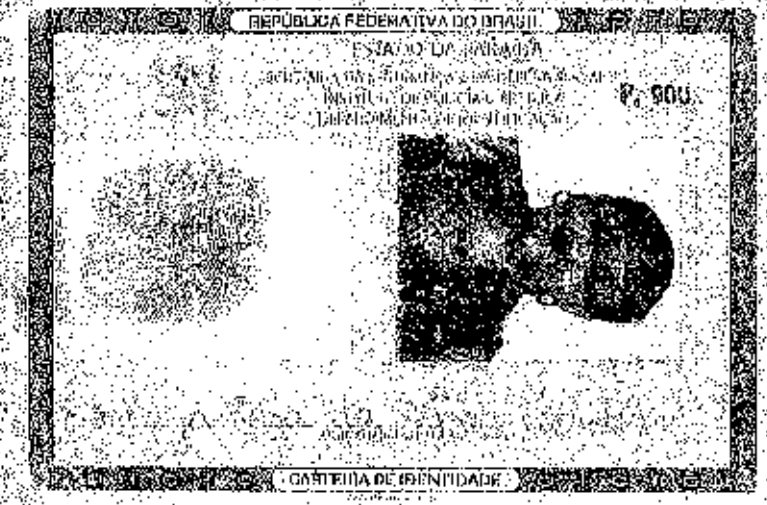
João Pessoa - PB

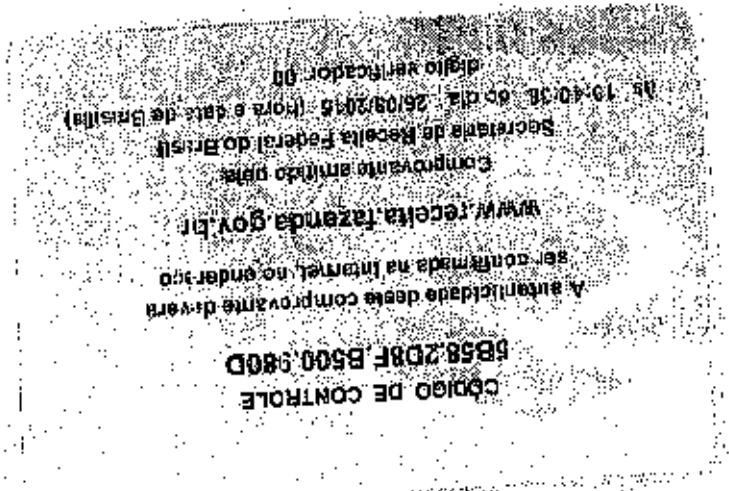
ASSINATURA DO DIRETOR

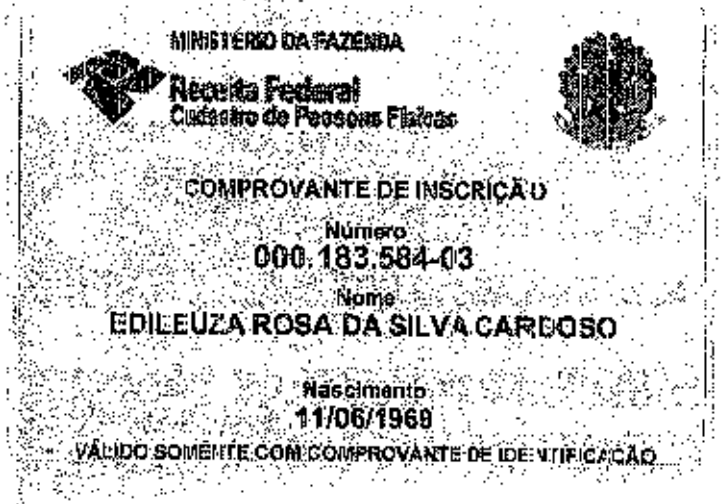
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

09:56 20/04/2016 0051367 SEGURADORA LIDER 3965 5


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
1.704.388 - 2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO
16/09/2006
NOME
EDILEUZA ROSA DA SILVA CARDOSO
FILIAÇÃO
ANTONIO RAIMUNDO DA SILVA
SEVERINA ROSA DA SILVA
NATURALIDADE
SURUBIM-PR
DATA DE NASCIMENTO
11/06/1969
DOC ORIGEM
CASAM N.4699 FLS.241 LIV.B10
CARTORIO QUEIMADAS/PB
CPF
000.183.584-03
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTEIRA DE IDENTIDADE


CÓDIGO DE CONTROLE
5B58.2DBF.B500.980D
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria de Receita Federal do Brasil
às 10:40:38 do dia 26/09/2015 (hora e data de Brasília)
Código verificador 00


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
000.183.584-03
Nome
EDILEUZA ROSA DA SILVA CARDOSO
Nascimento
11/06/1969
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTO CEILÂNDIA - DF

Procuração que faz: **VALDIR PEREIRA CARDOSO**

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que, aos dezessete dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis **(17/03/2016)**, nesta Cidade de Ceilândia, Distrito Federal, neste Serviço Notarial, perante mim, Escrevente Autorizado, compareceu como Outorgante, **VALDIR PEREIRA CARDOSO, brasileiro, solteiro, maior, balconista, residente e domiciliado na QNM 23, Conjunto I, Casa 47, Ceilândia-DF, CI nº 3.636.952-SESP-DF, CPF nº 062.925.114-21;** reconhecido(a)(s) como o(a)(s) próprio(a)(s) em face dos documentos que foram exibidos e de cuja capacidade jurídica dou fé. E ele(a)(s) me disse que, por este público instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui seu procurador, **NAZIRA PEREIRA CARDOSO, brasileira, viúva, aposentada, residente e domiciliada no Sítio Olho D'Agua Salgado, Queimadas-PB, CI nº 381.463-SSP-PB, CPF nº 674.818.684-68 (por declaração);** a quem confere(m) especiais poderes para tratar de todos e quaisquer assuntos, relacionados com falecimento de **JOSÉ CARDOSO;** podendo, para tanto, representá-la perante INSS-INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, Repartições Públicas, Administrativas, Autarquicas em geral, Ministérios em geral, Repartições Federais,Pessoas Físicas e Jurídicas, de direito Público ou Privado, Sociedades de economia Mista, Estatais, Paraestatais, Receita Federal, Instituições, Fundações, Sindicatos, nos Bancos e Estabelecimentos de Créditos em geral, notadamente Banco do Brasil S/A, Caixa Economica Federal, Banco Bradesco S/A, BANCO ITAÚ S/A, e onde com esta se apresentar e for necessário, podendo, requerer, alegar e assinar o que for preciso, juntar, apresentar e retirar documentos, apresentar e assinar quaisquer guias, requerer certidões, alvarás diversos e demais autorizações, abrir, acompanhar e dar andamento a processos, pedir vistas, cumprir exigências, tomar ciência de despachos, receber importâncias, seja que titulo for, tais como: pensões, pecúlios, auxilio funerário, abonos e beneficios; FGTS, PIS/PASEP, importâncias deixadas em cadernetas de poupanças, contas correntes e/ou a qualquer título, alusivas ao referido falecimento; podendo endossar e descontar cheques, receber, passar recibos, dar quitação; abrir, movimentar e ou liquidar contas correntes, inclusive poupanças, movimentar aplicações em fundo de investimentos, assinar, emitir, endossar, requerer, descontar e assinar cheques, verificar saldos, fazer depósitos e retiradas, solicitar extratos de contas e talões de cheques, reconhecer e ou contestar saldos, autorizar depósitos em conta do(a)(s) Outorgante(s),indicar Bancos para créditos e ou remessas, passar recibos, dar quitação; e, ainda, poderes para representá-lo(a)(s) perante Qualsquer Companhias de Seguros, com o fim de receber toda e qualquer importância referente a indenização de seguro por falecimento de **JOSÉ CARDOSO;** podendo, para tanto, apresentar e juntar provas e documentos, cumprir exigências, assinar requerimentos e declarações, dar recibos e quitação; acordar, discordar, endossar e descontar cheques, **assinar autorizaçao de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, bem como declarações em geral, requerimentos; inclusive amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento de assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO;** constituir advogado, investindo-o dos poderes da cláusula Ad-Judicia e Extra Judicia e os mais necessários perante qualquer Instância, Foro ou tribunal, em Juizo ou fora dele, podendo acordar, discordar, transigir, recorrer, desistir, propor e variar de ações [illegible] receber citações, prestar declarações e informações, apresentar provas, arrolar

a9ef-1c46-7264-b1d6
e0be-c19e-b396-39ee
www.carimbos.com.br

CARTÓRIO 10 OFÍCIO 18/07/2016 16:

inexatidão de suas declarações. PORTO POR FÉ que esclareci ao outorgante quanto ao significado deste ato, após o que lhe(s) li em voz alta e pausada o presente instrumento, que expressamente aceita e assina. Dispensadas as testemunhas, consoante facultam as Leis. **GR Nº 158092. Emolumentos R$ 34,85.** Eu, (a)-JUAREZ DA CUNHA SILVA, Escrevente Autorizado, lavrei, conferi, li e encerro o presente ato, colhendo a(s) assinatura(s). E eu, Terceiro Tabelião Substituto, a subscrevo, dou fé e assino. (aa) MARINHO GONÇALVES MOTA, **VALDIR PEREIRA CARDOSO.** Trasladada na mesma data. Eu, _____, a conferi, subscrevi, dou fé e assino, em público e raso.

Em Testemunho _____ da verdade.

JUAREZ DA CUNHA SILVA
Escrevente Autorizado

SeloDigitaldeSeguranca: TJDFT20160150120172EOHY
Para consultar o selo, acesse www.tjdft.jus.br

Juarez da Cunha Silva
Escrevente Autorizado
10º Ofício de Ceilândia-DF

10º OFÍCIO

SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTO

CEILÂNDIA - DF

SERVIDORA LIBER MAT 10 # 18/07/2016 16:55 - 000000166917

08:53 20/04/2016 065217 SERVIDORA LIBER MAT 3

e0be-c19e-b396-39e6

www.selodigital.com.br

SEGURADORA LIDER DPVAT 10 & 18/07/2016 16:55 - 000000166918

Foto

Assinatura

Dedo

Dados Variáveis

AUTENTICAÇÃO

SEGURADORA LIDER/DPVAT 10 & 18/07/2016 16:55 - 00000016691 9

Dados Variáveis
Dedo
Assinatura
Foto
AUTENTICAÇÃO

CARTÓRIO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE BRASÍLIA

José Carvalho Freitas Sobrinho - *José Arismaldo da Silva*
Tabelião Tabelião Substituto

S.C.S. - Qd. 08 - Bl "B-60" - Lj. 140-D - 1º Andar - Ed. Venâncio 2000 - CEP 70333-900
FONE: 0 (XX) 61 3321-2212 - FAX: 0 (XX) 61 3038-2370
www.3oficiobsb.com.br - E-mail: tabjcar@solar.com.br

Prot :920147
Livro : 2832
Fls :020

PROCURAÇÃO bastante que faz **MONICA PEREIRA MARQUES**, na forma abaixo:

S A I B A M quantos este público instrumento de procuração virem que, **aos dezessete dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis (17/03/2016)**, nesta Cidade de Brasília, Capital da República Federativa do Brasil, perante mim, Escrevente, compareceu como outorgante **MONICA PEREIRA MARQUES**, brasileira, assistente administrativo, portadora da CNH/DETRAN/DF registro nº **00366595786**, onde consta o RG nº **1384565-SSP/DF** e inscrita no CPF/MF sob nº **564.609.291-49**, residente e domiciliada na QNM-23, conjunto I, casa 47, Ceilândia-DF, que se declarou casada sob o regime da comunhão parcial de bens, na vigência da Lei 6.515/77, com ROMEU MARQUES SOBRINHO, reconhecida e identificada como a própria, de cuja capacidade jurídica dou fé. E por ela me foi dito que por este instrumento público nomeava e constituia sua bastante procuradora **NAZIRA PEREIRA CARDOSO**, brasileira, viúva, aposentada, portadora da identidade RG nº **381.463-SSP/PB** e inscrita no CPF/MF sob o nº **674.818.684-68**, residente e domiciliada na Sitio Olho D'Água, Queimadas-PB (dados fornecidos por declaração), a quem confere poderes especificos para assinar a escritura de inventário, partilha e/ou sobrepartilha de bens do espólio de seu pai JOSÉ CARDOSO, por via judicial ou extrajudicial, podendo inclusive assinar e aceitar a escritura pública de inventário e partilha, nos moldes da Lei nº 11.441, de 04.01.2007; representá-la perante órgãos públicos federais, estaduais e municipais, notadamente Prefeituras Municipais, Secretaria Fazenda, Secretaria da Receita Federal do Brasil, firmar declarações iniciais e finais, requerer cálculo de impostos, concordar ou não com cálculos de avaliações, proceder a devida partilha, na forma ajustada entre os herdeiros, e ainda, receber em devolução impostos pagos em excesso; representá-la perante Tabelionato de Notas, de Registro de Imóveis, de Registro Civil, assinar as escrituras devidas, alegando, provando, promovendo, declarando, pagando, recebendo, emitindo, recorrendo e assinando o que for necessário, apresentar e retirar papéis e documentos, podendo, para tanto, receber o produto da operação, emitir recibos e dar quitações, outorgar e assinar a competente escritura e contratos necessários, com as cláusulas e solenidades de estilo, pagar taxas e impostos necessários, promover registros, averbações, rerratificações, prestar as declarações exigidas pelo Decreto 93.240/86, enfim, praticar todos os demais atos necessários aos fins deste mandato, inclusive substabelecer. **Os elementos relativos à qualificação e identificação da procuradora, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pela outorgante, que por eles se responsabiliza.** Emolumentos recolhido(s) por meio do recibo nº 00291763, no valor de R$ 34,85, conforme Tabela "F", inciso IV, do Registro de Custas da Justiça do Distrito Federal e Territórios. Dou fé. Eu, Edson Carvalho de Freitas Junior, Escrevente Autorizado, lavrei, conferi, li e encerro o presente ato, colhendo a(s) assinatura(s)). Eu, Alessandra Jeanne Freire Santos, Substituta do Tabelião, a subscrevo, dou fé e assino. (a.a) MONICA PEREIRA MARQUES, ALESSANDRA JEANNE FREIRE SANTOS. Nada mais. Trasladada em seguida. Eu _____ dou fé e assino em público e raso. Edson Jr.

Selo: TJDFT20160080173740SCJE
Consultar selo www.tjdft.jus.br

Em testemunho _____ da verdade.

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 16:55 - 000000166910

SEGURADORA LIDER/DPVAT 10 & 18/07/2016 16:37 - 000000166944

SUS

ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 6679528 CGC/CPF: 08.778.268/0048-24

NOME: HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

END.: AVENIDA SEVERINO BEZERRA CABRAL, S/N

MUNICÍPIO: QUEIMADAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: JOSE CARDOSO

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 13/11/1945 Idade: 69 ano(s) mês(es) de Idade dia(s) de Idade Sexo: M

Mãe: MARIA LAURINDO DA SILVA

Profissão: APOSENTADO(A) Documento:

Endereço: SITIO OLHO D'ÁGUA SALGADO Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: QUEIMADAS - PB - 58675000 - 251250

Telefone para contato: (83) 0000-0000 CNS: 898000472073066

Data e Hora: 10/11/2015 08:30:23 CADASTRO: 1398323859

SSVV

PESO: PA: 170x10 TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queimaduras superficiais em perna D, após trauma (colisão carro) prurido, queixa-se dor nos pescoço - (CID 1 - AP) CF: Deseja alguma conduta à prescrever? Encaminhado ao hospital de referência para.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

1: Rx coluna cervical em AP e perfil

2: Rx tórax AP

RESULTADOS

AP 94h:

SpO2: 99% T: 35,4°C FC: 89bpm

PA: 140x70 mmHg FR: 18ipm

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1- Dipirona 2ml 4/4h

2- Metoclopramida 2ml 8/8h

3- Medicação para HAS

4

CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

1- Trauma

CID-10:

MEDICAÇÃO:

- 1. PRESCRITA
- 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO
- RESIDÊNCIA
- INTERNAÇÃO
- OUTRO HOSPITAL
- ÓBITO
- OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 -

2 -

3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

MÉDICO: Ana Christina de Andrade

MÉDICA
CRM/PB 8100

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS - Dr. Patrício Leal e Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº

DATA:

PACIENTE:

ORIGEM:

SOLICITANTE:

CLINICA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

ENCAMINHAMENTO PARA:

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

Ana Jacqueline de Andrade
MÉDICA

SERVIDORA LIDER RVRT 10 % 18/07/2016 16:57 - 000001669-45

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

225195399

I Identificação

1 Tipo de óbito: 1 Fetal; 2 Não Fetal
2 Data do óbito: 16/11/2015 — Hora
3 Cartão SUS
4 Naturalidade — Município-UF (se estrangeiro informar País)
5 Nome do Falecido
6 Nome do Pai
7 Nome da Mãe
8 Data de nascimento: 03/11/1945
9 Idade: 69 — Anos completos; Menores de 1 ano: Meses, Dias, Horas, Minutos; Ignorado 9
10 Sexo: 1 M - Masc.; 2 F - Fem.; 3 I - Ignorado
11 Raça/Cor: 1 Branca; 2 Preta; 3 Amarela; 4 Parda; 5 Indígena
12 Situação conjugal: 1 Solteiro; 2 Casado; 3 Viúvo; 4 Separado judicialmente/divorciado; 5 União estável; 9 Ignorado
13 Escolaridade (última série concluída) — Nível: 0 Sem escolaridade; 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série); 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série); 3 Médio (antigo 2º grau); 4 Superior incompleto; 5 Superior completo; Ignorado 9; Série
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) — Código CBO 200

II Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) — Número — Complemento — 16 CEP
17 Bairro/Distrito — Código — 18 Município de residência — Código — 19

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito: 1 Hospital; 2 Outros estab. saúde; 3 Domicílio; 4 Via pública; 5 Outros; 6 Aldeia Indígena; Ignorado 9
21 Estabelecimento — Código CNES
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) — Número — Complemento — 23 CEP
24 Bairro/Distrito — Código — 25 Município de ocorrência — Código — 26

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos)
28 Escolaridade (última série concluída) — Nível: 0 Sem escolaridade; 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série); 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série); 3 Médio (antigo 2º grau); 4 Superior incompleto; 5 Superior completo; Ignorado 9; Série
29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) — Código CBO 2002
30 Número de filhos tidos: Nascidos vivos; Perdas fetais/abortos; 98 Ignorado
31 Nº de semanas de gestação; 99 Ignorado
32 Tipo de gravidez: 1 Única; 2 Dupla; 3 Tripla e mais; 9 Ignorado
33 Tipo de parto: 1 Vaginal; 2 Cesáreo; 9 Ignorado
34 Morte em relação ao parto: 1 Antes; 2 Durante; 3 Depois; 9 Ignorado
35 Peso ao nascer — Gramas
36 Número da Declaração de Nascido Vivo

V Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu: 1 Na gravidez; 2 No parto; 3 No abortamento; 4 Até 42 dias após o término da gestação; 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação; 8 Não ocorreu nestes períodos; Ignorado 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim; 2 Não; 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO
39 Necrópsia? 1 Sim; 2 Não; 9 Ign

40 CAUSAS DA MORTE — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
a
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.
Devido ou como consequência de:
b
Devido ou como consequência de:
c
Devido ou como consequência de:
d

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

VI Médico

41 Nome do Médico
42 CRM
43 Óbito atestado por Médico: 1 Assistente; 2 Substituto; 3 IML; 4 SVO; 5 Outro
44 Município e UF do SVO ou IML
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)
46 Data do atestado
47 Assinatura

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)

48 Tipo: 1 Acidente; 2 Suicídio; 3 Homicídio; 4 Outros; Ignorado 9
49 Acidente do trabalho: 1 Sim; 2 Não; Ignorado 9
50 Fonte da informação: 1 Ocorrência Policial Nº; 2 Hospital; 3 Família; 4 Outra
51 Descrição sumária do evento
Tipo do local de ocorrência do acidente ou violência: 1 Via pública; 2 Endereço da residência; 3 Outro domicílio; 4 Estabelecimento com; 5 Outros; 9 Ignorado

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) — Número — Bairro — Município — UF

VIII Cartório

53 Cartório — Código
54 Registro
55 Data
56 Município

SEGUNDA VIA LIBERADA PELO SIM EM 18/07/2016 14:57

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
JOSÉ CARDOSO

MATRÍCULA:
0697730155 2015 4 00076 273 0031623 31

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	casado, 70 anos

NATURALIDADE/UF
Queimadas-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF nº: 251.886.664-72

ELEITOR
— NÃO INFORMADO —

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)
PEDRO GALDINO CARDOSO e MARIA LAURINDO DA SILVA. Residia na(o) SÍTIO OLHO D AGUA SALGADO,ZONA RURAL, no município de Queimadas-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
dezesseis de novembro de dois mil e quinze - 19:00	16	11	2015

LOCAL DO FALECIMENTO
Hospital de Emergência e Trauma D.Luiz G. Fernandes no município de Campina Grande-PB

CAUSA DA MORTE
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA,HEMATOMA CERVICAL,TRAUMA CERVICAL,ACIDENTE TRÁFEGO,NEOPLASIA DE PRÓSTATA.ACIDENTE DE TRÁFEGO.SENDO CONDUZIDO PARA IML DE CAMPINA GRANDE-PB

NOME DO MÉDICO / CRM
ROBERTO PIRES DE ALMEIDA - CRM: 7118

LOCAL DO SEPULTAMENTO
CEMITÉRIO LOCAL DE QUEIMADAS-PB

DECLARANTE
VALDIR PEREIRA CARDOSO, filho do falecido, brasileiro, solteiro, com 31 anos de idade, Vendedor, residente e domiciliado: SITIO OLHO D AGUA SALGADO,ZONA RURAL, Queimadas-PB, natural de Queimadas-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Observações: Registro lavrado em 17/11/2015, no Livro C-00076, Nº 31623, folha 273.
Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225195399. O FALECIDO DEIXA ESPOSA E FILHOS,DEIXA BENS,ERA AGRICULTOR,NADA MAIS FOI DECLARADO

NOME DO OFÍCIO
Cartório de Registro Civil de José Pinheiro

OFICIAL REGISTRADOR
Francisco Solano Rodrigues

MUNICÍPIO/UF
Campina Grande-PB

ENDEREÇO
R:Fernandes Vieira, nº 330,José Pinheiro Campina Grande-PB - CEP 58407490 Fone: 83:3341:8065 E-mail: cartoriojosepinheiro@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Campina Grande-PB, 17 de Novembro de 2015

Francisco Solano Rodrigues
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: **ACE22060-4CGG**
Consulte a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DE JOSÉ PINHEIRO
ZONA LESTE
Maria Delfaline Ribeiro
Escrevente Autorizado
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DE JOSÉ PINHEIRO
ZONA LESTE
Maria Delfaline Ribeiro
Escrevente Autorizado
CAMPINA GRANDE-PB

SELO DE FISCALIZAÇÃO E ARRECADAÇÃO
Lei 10.169 RPI 10 e 16/07/2016 16:37 - 0000016947

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 087404 B

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial a Pasta de Ocorrências nº01/15, o registro nº222/15, cujo teor na integra esta transcrito: Aos NOVE do mês de DEZEMBRO do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Bel. VICTOR EMMANUEL MELO DOS SANTOS,** comigo, Escrivão (ã) de Polícia de seu cargo, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 11:00 horas, compareceu (o) a Senhor (a) **NAZIRA PEREIRA CARDOSO,** brasileira, viúva, natural de Queimadas/PB, com ensino médio completo, aposentada, nascida em 27/07/1944, com 71 anos, RG: 381.463 SSP/PB, filha de Manoel Horácio Pereira e Nair de Oliveira Pereira, residente no Sítio Olho Dágua Salgada, próximo ao Grupo do Estado, zona rural, neste município, fone: 9648-7325, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vem notificar o **SEGUINTE: QUE era casada com o Senhor José Cardoso; QUE no dia 11/11/2015, por volta das 09:30 horas, o seu Senhor José Cardoso a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS (cor preta, de placa MNL 9763/PB), pela BR 104, em frente ao Colégio Esnestão, nesta cidade, sentido Barra de Santana-Queimada/PB, quando sofreu uma colisão por trás de um veiculo Veraneio (placa BPY 0005/PB, de cor branca), conduzido pelo Senhor Biu Sabino, residente no Sítio Olho Dágua Salgado, zona rural, neste município; QUE José Cardoso foi socorrido por terceiro e encaminhado ao Hospital Local, sendo depois transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; QUE no dia 16/11/2015, a vítima veio a óbito naquele Hospital; QUE os dados da vítima são os seguintes: JOSÉ CARDOSO, brasileiro, nascido em 13/11/1945, com 69 anos, RG: 691.886 SSP/PB, aposentado, filho de Pedro Galdino Cardoso e de Maria Lourenço da Silva, com ensino fundamental completo, casado, natural de Campina Grande/PB, residente no Sítio Olho Dágua Salgado, zona rural, neste município; QUE apresenta como testemunhas do fato, as seguintes pessoas: LUCIENE DOS SANTOS SILVA, residente no Sítio Olho Dágua Salgada, zona rural, neste município; e VERÔNICA MARIA DA S. BENTO, residente no Sítio Olho Dágua Salgada, zona rural, neste município.** Era o que tinha a Certificar. Eu Thomas J. Nunes Farias, escrivão que o digitei, dato e assino.

Queimadas - PB, 09 de Dezembro de 2015.

Declarante/noticiante: **NAZIRA PEREIRA CARDOSO**

Escrivão (ã): THOMAS J. NUNES FARIAS

SEGURANÇA LUCIENE MAT 10 & 18/07/2016 16:57 - 000000165948

República Federativa do Brasil

Estado da Paraíba — Sede da Comarca

Município de Queimadas

Rua Sebastião Lucena, 36 - Fone: (83) 382-1254

REGISTRO CIVIL

Maria do Socorro de Souza Rêgo Lucena
Oficial do Registro Civil

Maria de Jesus Macedo Vieira
1o Escrevente Compromissada

Certidão de Casamento

Certifico a pessoa interessada que às fls. 79 do livro B de Casamentos, n.º 05 sob n.º de ordem 1.451 consta o têrmo de casamentos de JOSÉ CARDOSO.

e NAZIRA PERREIRA DE OLIVEIRA.

contraido perante o Juiz Dr. Genesio Gomes Pereira Filho.

e as testemunhas Valentim Ferreira da Silva e Vicencia Ferreira da Silva.

Ele, nascido em Olho D'agua Salgado, deste Municipio no dia 13 de Novembro de 1945, profissão Agricultor residente e domiciliado em Nesta Comarca filho de Pedro Galdino Cardoso e de Maria Laurindo da Silva.

Ela, nascida em Lutador, deste Municipio no dia 27 de Julho de 1944, profissão Professora residente e domiciliada em Nesta Comarca filha de Manoel Horacio Pereira e de Nair de Oliveira Pereira.

O casamento foi celebrado no dia 29 de Maio de 1972

A contraente passou a chamar-se: NAZIRA PERREIRA CARDOSO.

Observações: O Casamento foi celebrado pelo o Regime da Comunhão de Bens.

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Queimadas - Paraíba
Maria de Jesus Macedo Vieira
Escrevente Compromissada

Queimadas, 21 de Novembro de 2005

Oficial do Registro Civil

Reconheço ver

Delegacia de Polícia Queimadas PB

SEGURADORA LIDER RMAT 10 e 18/07/2016 16:57 - 000000166949

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

Delegacia de Polícia Civil Queimadas PB

TERMO DE DECLARAÇÕES

Às 09:27 horas do dia 12 (Doze) de Maio de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, onde presente se achava o Delegado de Polícia Civil **DIANNI REGINA DE BARROS SILVA**, comigo escrivã (o) de seu cargo, ao final assinado (a), aí compareceu o **Senhor VALDIR PEREIRA CARDOSO, conhecido por VAL**, brasileiro, solteiro, natural de Queimadas/PB, com 31 anos, agricultor, filho de José Cardoso e de Nazira Pereira Cardoso, residente no Sítio Olho Dágua Salgado, próximo o antigo Colégio, zona rural, neste município. Fone: 9303-8521, com referência aos fatos deste procedimento, à autoridade policial **DECLAROU O SEGUINTE: QUE ratifica as declarações prestadas no Boletim de Ocorrência; QUE tem a acrescentar que o motorista do veiculo Veraneio foi identificado por BIU SABINO, residente no Sítio Olho Dágua Salgado, próximo a Zé Batista, zona rural, neste município; QUE no dia do acidente encontrava-se na cidade de Brasília/DF; QUE devido o acidente o seu pai sofreu uma lesão em uma das pernas e foi internado na UTI do Hospital de Trauma de Campina, onde ficou hospitalizado por sete até vim a óbito; QUE sobre o acidente, o declarante afirma que o seu pai transitava pela BR 104, próximo ao Colégio Ernestão, e quando ao passar por um quebra mola, um veiculo Veraneio colidiu na traseira da motocicleta da vitima; QUE o seu pai foi socorrido por terceiros, não sabendo declinar o nome destas pessoas; QUE o declarante já conhecia a pessoa de Biu Sabino, e este assumiu a culpa no acidente de transito que vitimou o Senhor José Cardoso.** Nada a mais disse, nem lhe foi perguntado. Lido e achado conforme segue devidamente assinado.

AUTORIDADE: DIANNI REGINA DE BARROS SILVA

Valdir Pereira Cardoso

DECLARANTE: VALDIR PEREIRA CARDOSO

ESCRIVÃO: THOMAS J. NUNES FARIAS

SEFAZ/PB/DAR LINK WWAT 10 6 18/07/2016 16:57 - 000001669950

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA **SEVERINO BELO TAVARES**

Ás 09:40 horas do dia quinze do mês de MAIO do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Queimadas, estado da Paraíba e na Delegacia de polícia local, presente à autoridade policial, **Belª. DIANNI REGINA DE BARROS SILVA,** ai, compareceu o **Senhor SEVERINO BELO TAVARES, conhecido por NÔ,** brasileiro, com 81 anos, aposentado, analfabeto, natural de Aroeiras/PB, nascido em 22/06/1936, filho de João Belo Tavares e de Rosa Maria da Conceição, rg: 359.268 SSP/PB, residente no Sítio Olho Dágua Salgada, próximo ao antigo Colégio, zona rural, neste município, testemunha devidamente compromissada e advertida nas formalidades da lei, prometeu dizer tudo quanto souber sobre os fatos destes autos e inquirida pela autoridade, **RESPONDEU: QUE era vizinho do Senhor José Cardoso; QUE tomou conhecimento de que duas mulheres que moram no Sítio Olho Dágua, conhecida por NENA e a outra filha de Manoel Rosa, estavam no interior do Veiculo Veraneio no momento do acidente; QUE tomou conhecimento de que o condutor da Veraneiro, conhecido por Biu Sabino, se evadiu do local e não socorreu a vítima; QUE o Senhor José Cardoso não havia bebido naquela data, pois foi proibido de ingerir qualquer tipo de bebida alcoólica porque fazia um tratamento contra o câncer de próstata; QUE soube que Biu Sabino consertou a motocicleta da vítima; QUE o declarante informa que a vítima foi socorrida inicialmente no Hospital de Queimadas/PB, onde recebeu os primeiros socorros; QUE o Senhor José Cardoso foi liberado pelo Hospital de Queimadas, tendo ido para a casa com a família dele; QUE momentos depois de chegar em casa, o Senhor José Cardoso passou mal, não conseguido falar, sendo imediatamente levado ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde ficou internado por sete dias até a morte dele; QUE a vítima já encontrava-se muita debilitada em virtude do tratamento de câncer.** Nada mais disse e nem lhe foi perguntado lido e achado conforme vai devidamente assinado.

AUTORIDADE POLICIAL: DIANNI REGINA DE BARROS SILVA

TESTEMUNHA: SEVERINO BELO TAVARES

ESCRIVÃO: THOMAS J. NUNES FARIAS

SEGURANÇA LIBERAÇÃO 10 h 18/07/2016 16:57 - 000016951

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia de Polícia
Queimadas PB

DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA

VERÔNICA MARIA DA SILVA BENTO, conhecida por "NENA"

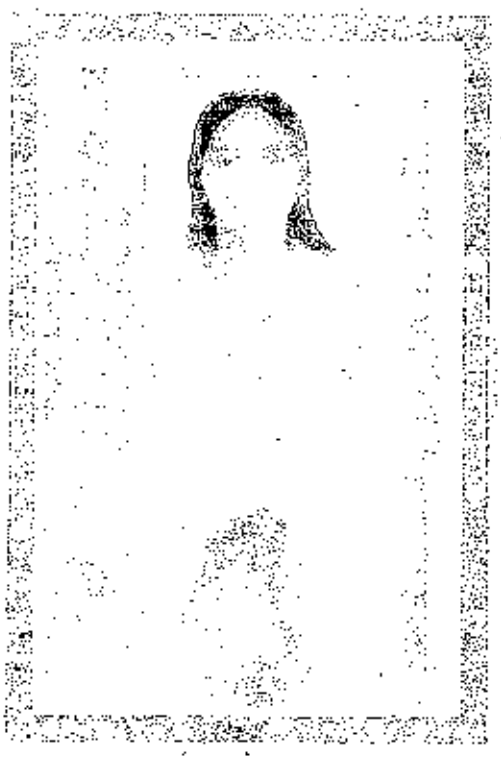
Às 13:47 horas do dia dezoito do mês de maio do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Queimadas/PB, estado da Paraíba e na Delegacia de polícia local, presente à autoridade policial DIANNI REGINA DE BARROS SILVA, aí, compareceu a **Sra. VERÔNICA MARIA DA SILVA BENTO, conhecida por "NENA", do sexo feminino, agricultora, RG 1.806.704 – 2ª VIA SSD / PB, brasileira, com 41 anos, nascida em 13/01/1975, natural de Queimadas/PB, Escolaridade Fundamental Incompleto, filiação: Manoel da Silva e de Maria Damião da Silva, Residente no SÍTIO OLHO D'AGUA SALGADO, PRÓXIMO A ALUÍZIO CARDOSO, ZONA RURAL, QUEIMADAS/PB**, testemunha devidamente compromissada e advertida nas formalidades da lei, prometeu dizer tudo quanto souber sobre os fatos destes autos e inquirida pela autoridade, **RESPONDEU:** Que confirma o que foi dito no Boletim de Ocorrência sobre MORTE PROVOCADA POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ocorrido no dia 17/11/2015, às 09:30, na localidade da BR 104, em frente ao Colégio Ernestão, Queimadas/PB; Que a vítima estava trafegando com sua motocicleta HONDA / CG TITAN KS, DE COR PRETA, DE PLACA MNL 9763/PB, quando o condutor de um veículo de marca VERANEIO colidiu com a vítima JOSÉ CARDOSO; Que conhece o condutor do VERANEIO como sendo BIU SABINO; Que o acusado reside no SÍTIO OLHO D'AGUA SALGADO, PRÓXIMO A GALEGO DA BODEGA, ZONA RURAL, QUEIMADAS/PB; Que o acusado não estava embriagado no dia do fato; Que não sabe se o acusado possui carteira de habilitação; Que o acusado não prestou socorro a vítima; Que a vítima JOSÉ CARDOSO foi encaminhado ao HOSPITAL DE QUEIMADAS/PB, onde foi atendido e liberado; Que a vítima no mesmo dia em que foi liberada pelo Hospital de Queimadas se sentiu mal em casa e se dirigiu ao HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE; Que a vítima ficou internada e devido aos ferimentos veio a óbito; Que a depoente é vizinha da vítima; Que a depoente acredita que a vítima tenha falecido devido a uma doença preexistente que ficou agravada com o acidente; Nada mais disse e nem lhe foi perguntado lido e achado conforme vai devidamente assinado. Nada mais disse e nem lhe foi perguntado lido e achado conforme vai devidamente assinado.

AUTORIDADE POLICIAL:

TESTEMUNHA: x Verônica Maria da S. Bento

ESCRIVÃO:

SEGURANÇA LINHA MONT 10 % 18/07/2016 16:37 - 000001669952



Secretaria de Estado da Segurança Pública
Delegacia de Polícia
Queimadas PB

1.866.704 - 2 VIA 01/10/2009

VERÔNICA MARIA DA SILVA BENTO

MANOEL DA SILVA

MARIA DANIAO DA SILVA

QUEIMADAS-PB 13/01/1975

CASAM M.4440 FLS.111 LIV.B-10

CARTORIO QUEIMADAS-PB

048.751.874-83

SEGURADORA LIDER INVEST 10 & 18/07/2016 16:57 - 000001662953

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – QUEIMADAS/PB
DELEGACIA DE QUEIMADAS

AUTO DE QUALIFICAÇÃO E INTERROGATÓRIO

Ao primeiro dia do mês de Junho do ano de 2016, nesta cidade de Queimadas/PB, na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Bela. Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, aí por volta das 14h e 05min, compareceu **SEVERINO MANOEL SABINO "BIU SABINO", brasileiro, casado, motorista, natural de Queimadas-PB, nascido em 10/06/1948, filho de Manoel Sabino Irmão e Maria Josefa Sabino, residente no Sítio Olho D´Água Salgada, SN, perto da igreja católica, Queimadas-PB, RG Nº 574.694 SSP/PB, ciente das garantias constitucionais que lhes são asseguradas na Carta Magna, inquirido pela Autoridade a respeito dos fatos ora em apuração, RESPONDEU**:QUE se recorda que dirigia seu veículo tipo D20, placas BPY-0005/PB, pela BR 104, nas proximidades do Ernestão, quando por volta das 8h, uma motocicleta que trafegava a sua frente, parou repentinamente, não dando tempo do interrogado desviar seu carro, ocasionando a colisão na traseira da moto; QUE a moto era conduzida por um homem que caiu no chão; QUE uma mulher que vinha com o declarante, conhecida por "NENA" desceu do carro e foi socorrer o condutor da moto; QUE o condutor da moto se levantou normalmente e foi levado para o hospital, por um carro que o interrogado pediu a "NENA" para providenciar; QUE ficou assustado com a situação e foi para sua casa; QUE pelo que viu da vítima, ele não pareceu muito machucado, apenas ferido na perna; QUE nunca tinha se envolvido em acidente de trânsito antes desse; QUE no momento da colisão estava chovendo; QUE nunca foi preso ou processado. Nada mais disse, mandou a autoridade encerrar o presente auto, que vai assinado pelo interrogado, pela autoridade policial e por mim escrivão que o digitei.

AUTORIDADE POLICIAL

INTERROGADO: Severino Manoel Sabino

ESCRIVÃO

SEGURANÇA LIDER MAT 10 6 18/07/2016 16:57 - 000001669S4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN
CONTRAN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
1 LIDER PLAST 10 6 18/07/2016 16:57 - 000000166955

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DENATRAN
SEVERINO MANOEL MARINO
10/06/1948
MANOEL MARINO JUNIO
MARIA JOSEFA MARINO
08/03/1979
750544860
PRIMEIRA HABILITAÇÃO
750544860

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande - PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2015

17 de novembro de 2015

Exame requisitado: EXAME CADAVÉRICO.

SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME CADAVÉRICO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2ª SRPC - PB.

QUALIFICAÇÃO: JOSÉ CARDOSO, do sexo masculino, nascido no dia 13/11/1945, com 69 anos de idade, ID: 691.886 SSP/PB, APOSENTADO, filho de PEDRO GALDINO CARDOSO e de MARIA LOURENÇO DA SILVA, escolaridade: FUND. COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE-PB, BRASILEIRA, residente na SITIO OLHO DAGUA SALGADO, bairro ZONA RURAL, na cidade de QUEIMADAS, PB

REFERÊNCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 00:13 horas, do dia 17 de novembro de 2015; COMUNICANTE: VALDIR PEREIRA CARDOSO - FILHO DA VÍTIMA; ACUSADO: A ESCLARECER.; TESTEMUNHA: A SEREM APRESENTADOS POSTERIORMENTE NA DELEGACIA COMPETENTE.; VITIMA: JOSÉ CARDOSO

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: No dia de 10/11/2015, pelas 09:30 horas, o seu pai JOSÉ CARDOSO, de 69 anos de idade, pilotava a motocicleta da marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN KS, DE COR PRETA, DE PLACA MNL-9763/PB, quando NA BR 104, EM FRENTE AO COLEGIO ERNESTÃO, QUEIMADAS-PB, o condutor de um veiculo da marca VERANEIO, que não sabe informar a placa, trafegava no local, acabou por colidir na motocicleta, vindo a vítima a cair no asfalto, se ferindo; Que, a vitima JOSÉ CARDOSO, DE 69 ANOS DE IDADE, foi socorrido para o hospital regional de Queimadas-PB, aonde foi atendido e liberado; Que, afirma que a vítima quando estava em casa, se sentiu, e foi socorrida para o hospital de trauma desta cidade de C. Grande-PB, aonde ficou internado, porém, no dia de hoje, devido aos graves ferimentos veio à óbito.

BELª. MARIA MADILEINE DE OLIVEIRA LIMA
DELEGADA DE POLÍCIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR
MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB

Valdir Pereira Cardoso

SEGURANÇA PÚBLICA 2ª DRPC 10 % 16/07/2016 16:57 - 000000166956

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - CG
NUMOL

Ofício nº. 1210/2015/SD/NUMOL-CG/IPC/SEDES.

Campina Grande, 24 de novembro de 2015.

Senhor (a) Delegado (a):

Sirvo-me do presente para encaminhar o laudo de exame CADAVÉRICO de nº. 03.03.01.112015.04530, realizado em JOSÉ CARDOSO. Atendendo a solicitação de nº. SN/2015, de 17/11/2015, do Plantão Centralizado - 2ª DRPC.

Atenciosamente,

Dr. Márcio Leandro da Silva
Chefe do NUMOL

Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
Coordenação Regional Judiciária - 2ª SRPC/CG

SEGURADORA LIDER MPUAT 10 R 18/07/2016 16:57 - 000000166957

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - CG

C: 440415 Laudo nº: 03.03.01.112015.04530
NIC 2015 2898

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Márcio Leandro da Silva, Chefe do NUMOL / Campina Grande atendendo a solicitação expedida da(o) Plantão Centralizado - 2ª DRPC de nº SN/2015 datada de: 17/11/2015, designou um(a) Perito(a) Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: **JOSÉ CARDOSO**, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: casado(a), 70 anos, natural de: Campina Grande/PB, sexo: masculino, filho/a de: Pedro Galdino Cardoso e Maria Lourenço da Silva, residente na Sítio Olho D'Água Salgado, zona rural de Queimadas/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

HISTÓRICO: Vítima de acidente de trânsito no dia 10/11/2015, por volta das 09h30, em Queimadas/PB; foi socorrido para o hospital local e liberado, no entanto, ao chegar em casa se sentiu mal e foi socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde ficou internado e faleceu no dia 16/11/2015.

Exame realizado em: 17/11/2015 às 11:00h.

1 - EXAME EXTERNO: Foi apresentado para exame o cadáver de sexo masculino, de cor parda, medindo 175 cm de estatura, compleição física normolínea, aparentando bom estado de nutrição e conservação, trajando fralda geriátrica retirada no momento do exame; está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase no dorso, estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos grisalhos, curtos e crespos; não apresenta lesões externas. Exame ODONTOLEGAL em anexo. O pescoço não permite movimentos de anormalidade; equimose extensa violácea em face posterior do pescoço. O tronco é plano e simétrico; tórax não apresenta lesões; abdome é simétrico e não apresenta sinais traumáticos. Genitália externa compatível com o sexo masculino e sem lesões externas. Membros superiores apresentam escoriação tipo arrastão no cotovelo esquerdo e equimose violácea no cotovelo direito. Membros inferiores apresentam escoriações tipo arrastão e equimose violácea na perna direita. Dorso apresenta escoriações tipo arrastão região escapular esquerda e escara sacral.

2 - EXAME INTERNO: CAVIDADE CRANIANA - Procedida a incisão bimastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado couro cabeludo sem lesões e/ou traumatismos; abóbada craniana íntegra. Retirada a calota craniana, observou-se tecido meningoencefálico tópico e sem lesões macroscópicas. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se íntegra e sem lesões. Pescoço extenso hematoma região cervical. CAVIDADE TORACOABDOMINAL - Feita incisão mentopubiana, dissecados os planos músculos-cutâneos das paredes, o plastrão condroesternal encontra-se íntegro e sem lesões. Tórax e abdome apresentam vísceras tópicas, sem lesões macroscópicas e ausência de conteúdo líquido livre na cavidade. Observa-se apenas fígado aumentado de volume de aspecto fibrótico.

3 – EXAMES COMPLEMENTARES – Não solicitados.

Terminada a necropsia e feita a reconstituição estética do cadáver o perito responde aos quesitos:

RESPOSTAS AOS QUESITOS

1º. Se houve morte? SIM.

2º. Qual a causa da morte? INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA; HEMATOMA CERVICAL; TRAUMA CERVICAL; ACIDENTE DE TRAFEGO.

3º. Qual o instrumento ou meio que produziu a morte? AÇÃO CONTUNDENTE.

4º. Se foi produzida por meio de fogo, veneno, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel? NÃO HÁ ELEMENTO PARA AFIRMAR OU NEGAR.

Dr(a).Roberto Pires de Almeida
Mat:168.243-1

SEJUSC/PROCON LIDER 10 e 18/07/2016 16:57 - 000001669588

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER
- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIADO
- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIADO
- ☐ SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA
- ☐ ARMA DE FOGO
- ☐ ARMA BRANCA
- ☐ OUTROS OBJETOS:

DATA
HORA

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA (via pública, residência, bar, etc.)

LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.)

NÚMERO | COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.) | BAIRRO

LOCALIDADE / COMUNIDADE | MUNICÍPIO / UF

PONTO DE REFERÊNCIA | LATITUDE | LONGITUDE

DADOS DA VÍTIMA

NOME | APELIDO

MÃE

SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ IGNORADO | DATA NASCIMENTO | IDADE APARENTE | IDENTIDADE

CPF | COR DA PELE / ETNIA
☐ PRETA ☐ PARDA ☐ BRANCA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

MATRÍCULA Nº

ORGÃO
- ☐ GRECRIM / NUCRIM ☐ PC
- ☐ UNIDADE DE SAÚDE ☐ SVO
- ☐ OUTRO

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

MATRÍCULA Nº

ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA
- ☐ GEMOL
- ☐ NUMOL

ESTADO DA PARAÍBA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Nº 20152898
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

SEGUNDA LIVRE MAT 10 Nº 18/07/2016 15:57 - 000000166959

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico 10: I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: JOSÉ CARLOS | Alojamento: | Leito: | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/11/16	1) DIETA LÍQUIDA + GASTROSA	12:00	PACIENTE COM GRANDE
	2) CSK	(20:40)	HEMATOMA CERVICAL COM
	3) SG 5% 500ml + AMICLIN - 10ml + KCL 19,1% - 5ml EV 6/6h	05:00	COMPRESSÃO DE VIA AÉREA
	4) CABECEIRA ELEVADA 30°	VO	JOSÉ RESPIRA
			CONSCIENTE
			OBSERVAÇÃO
	5) HIDROCORTISONA 500mg EV após	VO	
	6) ~~FENERGAN 25mg IM (1/2 ampola)~~	~~VO~~	
	~~(PREPARO PRÉ-CIRURGICO DE URGÊNCIA)~~		

DR. JUSTINO [illegible] CRM-PB [illegible]

DR. JUSTINO [illegible] CRM-PB [illegible]

2.42.424

SEBUSR0004 LIDOKRUHT 10 E 18/07/2016 16:59 - 000000166972

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME: JOSÉ CARLOS	N.º PRONTUÁRIO	
U T I	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
10/11/15	PACIENTE COM AGRAVAMENTO DO	
22:30h	QUADRO DE OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA	
	ALTA CIRÚRGICA COM ESTADOR	
	REALIZADA TRAQUEOSTOMIA	
	DE URGÊNCIA	
	SOLICITAM: AVALIAÇÃO DA CIRURGIA	
	VASCULAR + ANGIO-TC DE MMSS	
	AUSÊNCIA DE PULSO DE AMBOS LADOS	
	CONDUTA:	
	SEDAÇÃO + ANALGESIA + SUPORTE CARDIO-	
	LATERAL	
	SOLICITO HEMOGRAMA +	
	COAGULOGRAMA	

Dr. Juarez Rocha
Cirurgia Pediátrica
CRM/PB 5083

HGD.007

SEM RASURAS LIBERADO 18/07/2016 16:38 - 0000016697-3

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME: José Cardoso	N.º PRONTUÁRIO	
U T I	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
10/11/15	# Vascular: Paciente vítima de trauma contuso cervical (queda?) apresentando hematoma cervical lateral esquerda e dor à palpação sem identificação sinais de lesão vascular traumática dos troncos arteriais no Angio TC que justifique exploração vascular. Sem hematoma pulsátil - Conduta expectante.	

Dr. Rodrigo Farias
Cirurgião Vascular
CRM/PB 6135

SECRETARIA LUIZ GONZ 10 & 18/07/2016 16:58 - 000000164974

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: JOSÉ CARLOS | Alojamento: UTI | Leito: 17 | Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário						Evolução Médica
11/11/15	1) DIETA VO SNE - 300ml 3/3h	ok	12	15	18	21			PACIENTE SEDADO,
	2) LAV	ok							EM VENTILAÇÃO MECÂNICA
	3) SG-GC 500ml) EV 6/6h		12	18	00	06			EM REGULAR CONDIÇÕES
	NaCl 20% 10ml)								GERAIS, ACIANÓTICO,
	KCl 19% 5ml)								ANICTÉRICO, EUPNEICO,
	4) DIPIRONA 2ml EV 6/6h	ok	12	15	18	21	00	03	SEDADO E RASS -5.
	5) RANITIDINA	ok							SEM SINAIS DE
	6) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	ok							INFECÇÃO.
	2 VEZES								
12/11	7) KANAMICINA 1 amp EV 1 x 10ml	ok							
	8) SONDAGEM VESICAL	ok							
	9) SF 0,9% - 200ml) EV 8/8h	ok	16						
	FENTANIL - 2 FA) ACM								
	DORMONID - 6 comp)								
	10) 2 UNI DE PLANTONISTA DE	ok							
	ENFERMAGEM								

Dr. Jaime Dias
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 5093

Dr. Jaime Dias
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 5093

Dr. Jaime Dias
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 5093

02689275 0
416 0
35
12/11/15
02689275 0
416 0
35
12/11/15
526991000000 - 18/07/2016-16:56 10 1 1 1

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: JOSÉ CARMO | Alojamento: VERMELHA | Leito: 17 | Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
12/11/15	1) DIETA POR SNE 300ml 3/3h	✱	06 12 18 24	PACIENTE EM ENFERMARIA EM USO DE CPAP + CBM SECREÇÃO NO TUBO + MANEAL.
	2) CSV			
	3) Sb - SF. 500ml EV 6/6h.		12 18 00 06	
	Nacl(sf) - 10ml			
	KCl 19,1 - 5ml			
	4) DIPIRONA 2ml EV 4/4h.		10 14 18 22 02 06	
	5) SUPORTE CENTRAL TOTAL	✱		
	6) FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	✱		
13/11	7) SONDA VESICAL DE DEMORA	✱		
	8) SONDA VESICAL DE ALIVIO	✱		
	FECHADO			
	9) SF 0,9% 200ml EV BIC ACM	✱	15/00 13/11/15	
	FENTANIL 2 FA			
	DORMONID - 6 amp			
	DIETA ENTRAL 4/05 ai	✱		
	Exp. Nº 8141 150 ml EV em 1h			
	Exp. Nº 8141 150 ml EV em 4h.			

Dr. Jairez Ritter
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 5093

Dr. Jairez Ritter
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 5093

Dr. Jairez Ritter
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 5093

SERJUSMODERN LIDER REPORT 10.8 18/07/2016 16:38 - 000001669976

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: JOSÉ CARLOS | Alojamento: ENFERMARIA | Leito: 17 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13	① PASSAR SNG - 20ml 3/3h	etc	PCTE C/ LESÃO RENAL EM ACOMPANHAMENTO DE TRAUMA (ATELECTASIA) E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO ORO TRAQUEAL.
Ter	② SF 0,9% 50ml NOVALGINA 2gr - 20ml KCL 19% - 10ml EV 6/6h 12/18/24h	06	
Qui	③ DIPIRONA - 01 AMP. + AD EV 6/6h	12 18 24	TC TÓRAX: PIORA E TUBO OROTRAQUEAL E ATELECTASIA DE LOBO EM LINGULA. AUMENTO DE MICRONÓDULOS EM TC DE TÓRAX.
	④ OMEPRAZOL - 40mg EV 12/12h	06	
	⑤ HIDROCORTISONA - 100mg EV 8/8h	14 22 06	
02/13	⑥ VIT. K - 01 AMP. IM 12/12	14	
	⑦ SUPORTE VENTILATÓRIO	etc.	
	⑧ FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	etc.	
	⑨ SF 0,9% - 20ml AMBROXOL - 03 AMP DORFLAM - 01 AMP NEBULIZAÇÃO 6/6h	etc	AUMENTO DE INFILTRADO PULMONAR EM TC DE TÓRAX.
	⑩ CUIDADOS INTENSIVOS	etc	- VPM - MANUTENÇÃO SNG E SVD. - EVOLUÇÃO DO QUADRO
	Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445		Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445
	em 16mg?		
14	⑪ ZIG NAT. 50ml cada em 4h.	10	EM 16MG: EMG 1,2 BRONQUIOS: 3,0 LEUCÓCITOS (CAMPO LINFÓCITOS) K+: 6,8
	Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445		CO: CONTINUA CRISE GRAVE P/ HIV. EAG: BIC NAT
K.11.15	⑫ Symbicort® 6/200mcg - 2 PUFFS - VIA INAL. 12/12 horas.		Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445

Dr. Daniel M. Pires
CIRURGIA TORACICA
CRM-PB 6109

SECRETARIA DE SAÚDE LUIZ GONZAGA FERNANDES 18/07/2016 16:58 - 00000016697

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico Recebido às 13:50

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
José Benedito. 40 anos.		17	

Data	Prescrição Médica	Horário
14.11.15	01. Dieta VO Sonda nasoenteral. (SVG aberta)	
	02. Sol. Rl - 500ml IV - 8/8 horas. + 20ml Hiodl 20% cada 8h.	15 02
	03. Sedacalg. IV - BIC (Fentanil - 10ml / Dormonid - 30ml) 20 ml/hora. (SF - 100ml / SF - 100ml)	30ml/h
	04. Aciclovir 10amp. + 10ml AD. IV - 4/4 horas.	16 22 02 06
	05. Omeprazol 40mg IV - 01 vez/dia	06
	06. Hidrocortisona 100mg IV - 6/6 horas.	18 24 06
	07. Fisioterapia respiratória.	
	08. Monitorar ♡ constante.	
	09. Oximetria de pulso.	
	10. PA não invasiva.	
	11. Glicemias Capilar.	Dra. Daiane M. Freire CRM-PB 21103 CIRURGIA TORÁCICA
	12. Sumiu Foley.	NADA
	13. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS - 2 unidades - IV -	Dra. Daiane M. Freire CIRURGIA TORÁCICA CRM-PB 21103
	14. Ceftriaxone 1amp. IV - 4/4 horas.	18 22 02 06
		Dra. Daiane M. Freire CIRURGIA TORÁCICA CRM-PB 21103

Nº Reg. H2654013
359 Qt 36
Data 6:45
14.11.15

Nº Reg. 0288617 Qt
324
17:46
14 11 15

Evolução Médica

Paciente grave. Sedado. com VM. Vindo unidade estimulo responsivo. Relato de dor. Tudo prejudicado a medicação. Porém paciente NÃO RESPONDE.

Visita realizada. Após Urologista constatou NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA com metástase óssea.

Quinc. 02: RCR em 2T, BCNF. Quinc. pulm. Com MV (+). Atualmente sem DP em Ant. HEMITÓRAX DE PAREDE TORÁCICA POSTERIOR.

Ur. 46 Leuc. 1100 (68 bastonetes)
Ht. 24 Plq. 145.000
Ur. 104 Na 130
Cr. 2,4 K. 6,1.

Urol: VPM.

Dra. Daiane M. Freire
CIRURGIA TORÁCICA
CRM-PB 21103

NOB. 015

SECRETARIA LIBERAÇÃO 10 à 18/07/2016 16:58 - 000000166978

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME José Cardoso	N.º PRONTUÁRIO	
U T I	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	16/11/15 Nefrologia	
	Leito c/ 70 anos admitido em 10/11/15 c/ histórico de trauma de leito aéreo (sic) c/ relato de ser vítima de acidente de carro c/ capotamento, teve trauma em regiões cervical e musculatura respiratória aguda	
	Exames 12/11/15 U/Cr = 115/2,4	
	13/11/15 U/Cr = 114/2,4	
	14/11/15 U/Cr = 104/2,7 K+ = 6,7	
	15/11/15 U/Cr = 86/2,0	
	16/11/15 gasometria pH = 7,26	
	Na^+ = 145 K^+ = 5,7 HCO_3 = 13,5	
	U/Cr = 144/3,2 K^+ = 6,8 Na^+ = 133	
	Ex. grave/sucinto entubado em VM desidratado +3 HH	
	HN - RCR em 2T, BCNF	
	AR c/ roncos em AHT	
	PA = 100 x 50 mmHg	
	HD - Politrauma por acidente automobilístico	
	IRC agudizado 2º desidratação	Insuf. resp aguda	DHE	
	Cd - Tendo em vista idade (70 anos) boa reserva musculoesquelética renal clínica - PA = 100 x 50 mmHg em VM apesar da hipotensão, não indico hemodiálise no momento, porém melhorar	

SEGURADORA LIDER DPVAT 18/07/2016 16:58 - 000000166979

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	condições clínicas + hidratação e SF 0,9% 1.000ml EV + Solicitado envelope + aguardo alta por SND. Diante de todas as questões levantadas explico - mielo terapia dialítica no momento e sugiro manutenção em TTO conservador aguardando condições clínicas. Obtido termo solicito polarizante	
	@ Relato de Dr. Rivaldo Fernandes	
	Com tempo: Relato de neoplasia de próstata e metástase óssea, laço comunicando com a idéia de não investir em terapia invasiva, pois o prognóstico não é favorável, sugiro TTO conservador!	
16/11/15	Às 16:40h, sou chamado para prescrever a Quimioterapia do Dr. Paulo Bertti paciente que segundo a técnica de enfermagem Jamile, já foi atendido às 14:00h pelo Dr. Leo, porém o mesmo não deixou na prescrição. Por isso, peço o paciente um minutos para poder prescrever a Quimioterapia do caldeirão!	Dr. Rivaldo Fernandes Cirurgião Torácico CRM-PE 9426

SEGUIMENTO LINEA RIVAT 10 & 18/07/2016 16:58 - 000000166980

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: José Cardoso | Alojamento: Vermelha | Leito: 17 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/11/15	1) Dieta zero - SNG Aberta 2) SF 0,9% 500 ml EV 6/6h 3) Dipirona 2,0 ml EV 6/6h se febre 4) Lodex 20 mg EV 12/12h 5) Hidrocortisona 100 mg EV 6/6h 6) SF 0,9% 200 ml + Fenitoína 2 fl + Dorimax 50mg EV em BIC 7) Suporte ventilatório. 8) Cuidados intensivos pela parada de hoje Vermelha 9) Passo dos Nipologia. 10) SNG	22 06 22 06 22 06 22 06 22 06 22 06 22 06 22 06 22 06 22 06	CA de Próstata Avançado Hemotórax cirúrgico à esquerda dia traqueio (Superado) Paracetopenia Insuficiência Renal + Hipercalcemia CIS: 1) Exames Pedidos Hoje 2) M. Raios Laboratório 3) Gasometria arter.

Dr. Rivaldo Fernandes
Cirurgião Torácico
CRM/PB 5126

Soro 0,9% 1 amp + água para SNG 3x/dia — 22 06

SG 5% 250 ml + Insulina regular 50 UI + glicose 50% 12 amp — EV 8/8h — 22 06

SEGURADORA LIDER MPUT 10 E 18/07/2016 16:36 - 000001669B1

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
SOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER
- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIADO
- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIADO
- ☐ SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA
- ☐ ARMA DE FOGO
- ☐ ARMA BRANCA
- ☐ OUTROS OBJETOS

DATA: 17/11/15

HORA: 09:30

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA (via pública, residência, bar, etc.)

LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.): Hospital D. Trindade de C. Grande

NÚMERO

COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)

BAIRRO: Malvinas

LOCALIDADE / COMUNIDADE

MUNICÍPIO / UF: C. Grande

PONTO DE REFERÊNCIA

LATITUDE

LONGITUDE

DADOS DA VÍTIMA

NOME: Jose Cardoso

APELIDO

MÃE: Maria Lourenço dos Santos

SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ IGNORADO

DATA NASCIMENTO: 13/11/45

IDADE APARENTE: 69 anos

IDENTIDADE

CPF

COR DA PELE / ETNIA
- ☐ PRETA ☐ PARDA ☐ BRANCA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

MATRÍCULA Nº

ORGÃO
- ☐ GRECRIM / NUCRIM ☐ PC
- ☐ UNIDADE DE SAÚDE ☐ SVO
- ☐ OUTRO

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

MATRÍCULA Nº

ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA
- ☐ GEMOL
- ☐ NUMOL

ESTADO DA PARAÍBA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Nº 20152898
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

SEGURANÇA LIBERAR EM 18/07/2016 16:58 - 000001662982

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

GUIA DE RECOLHIMENTO DE CADÁVER Nº

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AV. FLORIANO PEIXOTO, 1045 - SÃO JOSÉ - CEP 58110-001 - C. GRANDE - PB.

NOME: José Cardoso

FILIAÇÃO: MÃE: Maria Lourinda de Silva

PAI:

SEXO: Masculino COR: Parda IDADE: 70 anos

PROFISSÃO: Aposentado ENDEREÇO: Sítio Olho d'água Bezerro Zona Rural de Queimadas

LOCAL DE ÓBITO: Hospital de Emergência Trauma de CG.

DATA E HORA DO ÓBITO: 16/01/15 - 04:45hs

BREVE HISTÓRICO DO C.O.: Portador de muito → hematoma cerebral que operou o joelho com grave Infecção Sua foi complicada com evisceração Intestinal. Estava Grave, desenvolveu Insuficiência de IRC e Hipertensão. Segundo Relato no plantão Acima foi portador de Neoplasia de Próstata.

SOCORRO MÉDICO (data / hora / onde foi medicado / qual medicação usada / retirada do corpo estranho (especificar sitio de retirada) / qual intervenção? Retirada órgãos ou segmentos, quais?
Sujeito Diabético e Hipertenso Internado Vítima Sofria de Vert. Obeso Condições p/ Hipertensão Pós Anestésicos Local Mais Agravado

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS:

Campina Grande - PB.

Dr. Rivaldo Fernandes
Cirurgião Torácico
CRM-PB 5126

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU À MÁQUINA)

MOD. 544

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 14:58 - 00000166983

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	08002-44573	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ANA MARIA DA S. ANSELMO	Data:	15-11-2015 09:30	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	AREA VERMELHA

Leito 47

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 15/11/2015 09:52)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,85 milhoes/mm³		4,2 A 5,4 milhões/mm³
Hemoglobina	8,9 g/dL		12,5 A 16,0 g/dL
Hematócrito	27 %		40,0 A 52,5 %
V.C.M.	95 fL		82,0 A 97,0 fL
H.C.M.	31 pg		27,0 A 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,0 A 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	2.000 /mm³		5.000 A 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	6,0	120	
Segmentados	71,0	1.420	40 A 70 % = 2.000 A 7.000 / mm³
Eosinófilos	1,0	20	0,5 A 5,0 % = 250 A 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 A 2,0 % = 0 A 200 / mm³
Linfocitos			
Típicos	18,0	360	20 A 40 % = 1.000 A 3.000 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	4,0	80	2,0 A 10 % = 100 A 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	168.000 mm³		150.000 A 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES: **Contagens repetidas e confirmadas.**

Edicleuza Macedo de Franca
Biomédica
CRBM 4732

SEGURANÇA LIBERADA EM 18/07/2016 16:58 - 000000166984

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	DHHIZ44523	HC:	NAO INFORMADO
Dr(a):	ANA MARIA DA S. ANSELMO	Data:	15-11-2015 09:50	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Setor:	AREA VERMELHA

URÉIA

(DATA DA COLETA: 15/11/2015 09:50)

Resultado **130 mg/dl**

Resultados anteriores: 14/11/15: 104 - 13/11/15: 120 - 13/11/15: 114 - 12/11/15: 110 - 11/11/15: 86

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado Bioclínico

Observações:

CREATININA

(DATA DA COLETA: 15/11/2015 09:50)

Resultado **2,0 mg/dl**

Resultados anteriores: 14/11/15: 2,7 - 13/11/15: 2,5 - 13/11/15: 2,4 - 12/11/15: 2,4 - 11/11/15: 2,0 -

Material: Soro

Método: Automatizado CH 650 MINDRAY

Ana Beatriz Barros Bioméd. CRBM 8793

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 16:58 - 000001669

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000344573	Int:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ANA MARIA DA S. ANSELMO	Data:	15-11-2015 09:50	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	AREA VERMELHA

CLORO **107 mmol/l**

Resultados anteriores: 14/11/15: 104 | 13/11/15: 107 | 12/11/15: 105 | 12/11/15: 106 |
DATA DA COLETA: 15/11/2015 09:50 |
Material: SORO
Método: Eletrodo Seletivo MODO MAXIMO

Valores de Referência:
ADULTO: | 97 a 107 mmol/l
ATENÇÃO: Menor que 80 mmol/l
Valor que leva risco de vida
Exame realizado por: Fotômetro, Bioquímico: Ana M.

SÓDIO **130 mmol/l**

Resultados anteriores: 14/11/15: 133 | 13/11/15: 132 | 13/11/15: 130 | 12/11/15: 133 |
DATA DA COLETA: 15/11/2015 09:50 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo MODO MAXIMO

Valores de Referência:
Adultos.....: 132 a 146 mmol/l
Crianças.....: 134 a 145 mmol/l
Valor Crítico menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO **7,8 mmol/l**

Resultados anteriores: 14/11/15: 6,9 | 13/11/15: 6,8 | 13/11/15: 5,7 | 12/11/15: 6,5 |
DATA DA COLETA: 15/11/2015 09:50 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo MODO MAXIMO

Valores de Referência:
Adultos.....: 3,5 a 5,5 mmol/l
Crianças.....: 3,4 a 5,0 mmol/l
Valor crítico sódio/potássio.....: menor que 2,5 e/ou
maior que 6,5 mmol/l
Valor crítico (recém-nascido): menor que 2,5 mmol/l
maior que 6,5 mmol/l

Ana Elídia Barros
Biomédica
CRBM 2193

SEGUNDA VIA IMPRESSA EM 18/07/2016 16:58 - 000000166986

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sol. prolampanic.
C.H.

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244055	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	LEONARDO LEITAO BATISTA	Data:	11-11-2015 10:08	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	69 anos	Destino:	Leito - 17

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 11/11/2015 10:13)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,19 milhões/mm³		4,5 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	6,5 g/dL		13,5 à 18,0 g/dL
Hematócrito	18 %		40,0 à 52,0 %
V.C.M.	84 fL		82,0 à 98,0 fL
H.C.M.	30 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	35 g/dL		32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA	7.000 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
Leucócitos	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Spmielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	280	4% à 5% = 300 à 500 / mm³
Segmentados	87,0	6.090	60 à 70 % = 4.200 à 7.000 / mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 5,0 % = até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % = até 200 / mm³
Linfócitos	7,0	490	20 à 40 % = 1.200 à 3.500 / mm³
Típicos	0	0	
Atípicos	2,0	140	2,0 à 10 % = até 1.000 / mm³
Monócitos			1a(1.000 à 400.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	171.000 mm³		

OBSERVAÇÕES: **Contagens repetidas e confirmadas.**

Geraldo A. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 6010

SEGUNDA VIA IMPRESSA EM 18/07/2016 16:59 - 000000166987

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244055	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	LEONARDO LEITAO BATISTA	Data:	11-11-2015 10:08	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	60 anos	Destino:	Leito - 13

URÉIA

(DATA DA COLETA: 11/11/2015 10:33)

Resultado **86 mg/dl** ↑ De 15 A 45 mg/dl.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Química Automatizada UREASE/GLDH

Observação:

CREATENINA

(DATA DA COLETA: 11/11/2015 10:33)

Resultado **2,0 mg/dl** ↑ Referencial: 0,5 a 1,0 mg/dl
Crianças ... 0,3 a 0,7 mg/dl
Adolescentes 0,5 a 1,2 mg/dl
Pacientes insuficientes renais, deverão ser
os Creatinina e Depuração
a Diurese de
urina.
Obs: A dose de medicamentos consumo
dependerá d
sistema. O grau de alteração é
resultado desse exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CK-NAC HEXOK

Geraldo B. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5019

SEGUNDA VIA LIBERADA EM 18/07/2016 16:59 - 0000001665988

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244055	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	LEONARDO LEITAO BATISTA	Data:	11/11/2015 10:08	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	62 anos	Destino:	Leito-17

CLORO 107 mmol/l

DATA DA COLETA: 11/11/2015 10:13 ?
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo #300 MAX DOS

Valores de Referência
ADULTO : 97 A 108 mmol/l
Valor que indica risco de vida:
Valor que indica risco de vida:
CRIANÇA RECÉM-NASCIDA (consultar Gasometria). Gasometria. Ver N.

POTASSIO 7,0 mmol/l

DATA DA COLETA: 11/11/2015 10:13 ?
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo #300 MAX DOS

Valores de Referência
Adultos..... 3,5 A 5,5 mmol/l
Crianças..... 3,4 A 4,8 mmol/l
Valor crítico (risco de vida): menor que 2,5 mmol/l
maior que 6,5 mmol/l
Valor crítico (recém-nascidos): menor que 2,8 mmol/l
maior que 8,4 mmol/l

SÓDIO 139 mmol/l

DATA DA COLETA: 11/11/2015 10:13 ?
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo #300 MAX DOS

Valores de Referência
Adultos..... 136 A 145 mmol/l
Crianças..... 134 A 146 mmol/l
Valor crítico: menor que 120 mmol valor que 160 mmol/l

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

SEGURADORA LIDER MART 10 & 18/07/2016 16:59 - 000001669B9

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000243389	UG:	VERMELHA 17
Dr(a):	JUAREZ CARLOS RITTER	Data:	10-11-2015 23:05	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	0 dia	Leito:	Leito - 17

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 10/11/2015 23:11)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2.15 milhões/mm³		
Hemoglobina	6,4 g/dL		10,9 a 14,9 g/dL
Hematócrito	18 %		37,7 a 53,1 %
V.C.M.	84 fL		86,0 a 100,0 fL
H.C.M.	30 pg		31,0 a 37,0 pg
C.H.C.M.	36 g/dL		30,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	7.600 /mm³		4.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	304	
Segmentados	86,0	6.536	40 a 70 % = 2.720 a 7.000 / mm³
Eosinófilos	1,0	76	0 a 7,0 % = 280 a 700 / mm³
Basófilos	0	0	
Linfócitos			
Típicos	6,0	456	
Atípicos	0	0	20 a 40 % = 800 a 2.800 / mm³
Monócitos	3,0	228	
CONTAGEM DE PLAQUETAS	157.000 mm³		150.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES: **Contagens repetidas e confirmadas.**

Edicleia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 16:59 - 000000166950

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0HNH2d33N9	Mãe:	VERMELHA 17
Dr(a):	JUAREZ CARLOS RITTER	Data:	10-11-2015 23:05	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	0 dia	Destino:	Leito - 17

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

(DATA DA COLETA: 10/11/2015 23:12)

TEMPO DE PROTROMBINA	**17,9 Seg**	12 a 17 Seg
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	**64 %**	TEX de atividade de protrombina
INR	**2,06**	1,0

Resultados anteriores:

Plasma Controle	**12,5**

Material: Plasma
Método: Coagulação Automática MEA DOAC 1100

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA 49,1 seg

(DATA DA COLETA: 10/11/2015 23:12)
Material: Plasma
Método: Coagulação Automática MEA DOAC 1100

Valores de Referência
22 a 36 segundos
Individualizar para anticoagulantes orais.

O TTPA pode estar alterado em indivíduos no uso de ácido acetil salicílico, ticlopidina, dipiridamol, varfarina, heparina e outros.

A redução do TTPA pode ser observada em indivíduos em uso de anticoagulantes orais, deficiências congênitas de fatores de coagulação e coagulopatias.

Eglaecia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4752

SEGURADORA LIDER/APVAT 10 % 18/07/2016 16:59 - 000000166991

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244460	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SERGIO ANDRADE	Data:	14/11/2015 09:46	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	370 anos	Destino:	Leito - 17

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 14/11/2015 09:33)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,45 milhões/mm³		4,2 a 5,8 milhões/mm³
Hemoglobina	7,9 g/dL		13,5 a 17,5 g/dL
Hematócrito	24 %		40,0 a 52,0 %
V.C.M.	96 fL		82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	31 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL		32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	1.100 /mm³ (%)	(/mm³)	5.000 a 10.000 /mm³
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	6,0	66	0 a 5 % = 0 a 500 / mm³
Segmentados	55,0	605	40 a 70 % = 1.800 a 8.000 / mm³
Eosinófilos	1,0	11	0,5 a 6,0 % = até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % = até 100 / mm³
Linfócitos			
Típicos	35,0	385	20 a 40 % = 1.000 a 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	33	2,0 a 10 % = até 2.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	175.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES: **Contagens repetidas e confirmadas.**

Ana Cássia Miguel Ayra
Biomédica
CRBM 8411

SERRADOUR LIDER PLAT 10 x 18/07/2016 16:59 - 000001669992

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244460	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	SERGIO ANDRADE	Data:	14-11-2015 09:46	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	LEITO 17

URÉIA

(Data da coleta: 14/11/2015 09:50)

Resultado 104 mg/dl

Ref: De 10 a 41 mg/dl

Resultados anteriores: 13/11/15: 107 | 12/11/15: 114 | 11/11/15: 86 |

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

(Data da coleta: 14/11/2015 09:50)

Resultado 2,7 mg/dl

Valores de referência:
Recém-nascidos: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças: 0,2 a 1,0 mg/dl
Adultos: 0,6 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração de Creatinina

Sujeito a:

Nota: O uso de medicamentos com
Observação:
clínica. O médico deverá
solicitado deste exame.

Resultados anteriores: 13/11/15: 2,5 | 12/11/15: 2,4 | 11/11/15: 2,3 |

Material: Soro

Método: Automatizado GB 200 Systems

Ana Cássia Miguel Apro
Bioméd
CRBM 6411

SEGURANÇA LIBERAÇÃO 10 - 18/07/2016 16:59 - 000001669923

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244660	RG:	SÃO ESPIRIDIÃO
Dr(a):	SERGIO ANDRADE	Data:	14-11-2015 09:46	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Leito - 13

CLORO — **104 mmol/l**

Resultados anteriores: 13/11/15: 107 | 13/11/15: 105 | 12/11/15: 105 | 11/11/15: 107 |

Data da coleta: 14/11/2015 09:51

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo KAGE VARIOS

Valores de Referência
ÚTEAL : 97 a 108 mmol/l

ALERTAS (mmol/l): Valor que [illegible] mmol/l

Valor que [illegible] mmol/l

EXAME REALIZADO: Terceirizado. Gentilmente, Dr. N.

POTASSIO — **6.7 mmol/l**

Resultados anteriores: 13/11/15: 6.8 | 13/11/15: 5.7 | 12/11/15: 5.9 | 11/11/15: 7.3 |

Data da coleta: 14/11/2015 09:51

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo KAGE VARIOS

Valores de Referência:

Adultos..... 3.5 a 5.3 mmol/l

Crianca..... 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto)..... : menor que 2.5 mmol/l

maior que 6.5 mmol/l

Valo crítico (recem-nascido): menor que 3.5 mmol/l

maior que 6.0 mmol/l

SÓDIO — **130 mmol/l**

Resultados anteriores: 13/11/15: 132 | 13/11/15: 130 | 12/11/15: 133 | 11/11/15: 133 |

Data da coleta: 14/11/2015 09:51

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo KAGE VARIOS

Valores de Referência:
Adulto..... 136 a 145 mmol/l

Criancas..... 134 a 140 mmol/l

Valor Critico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CREMI 5411

SEFAZ/PARAIBA LIBER MAT 10 e 18/02/2016 16:59 - 0000016699A

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244417	SIG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	13-11-2015 22:33	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Leito - 17

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 13/11/2015 22:37)

	Resultados		Valores de Referencia
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,68 milhões/mm³		4,2 à 5,5 milhões/mm³
Hemoglobina	8,2 g/dL		13,5 à 18,0 g/dL
Hematócrito	24 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	90 fL		82,0 à 98,0 fL
H.C.M.	31 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL		32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	800 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	6,0	48	
Segmentados	58,0	464	40 à 70 % = 1.000 à 8.000 /mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 6,0 % = até 500 /mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % = até 200 /mm³
Linfócitos			
Típicos	34,0	272	20 à 45 % = 1.000 à 3.500 /mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	2,0	16	2,0 à 10 % = até 1.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	160.000 mm³		150.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES: **Contagens repetidas e confirmadas.**

Carlos Felipe Souza de Miranda Delgado
Hematologia
CRM 6449

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 16:59 - 0000016695

Laboratório Newlab

SEQUENCIALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244417	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	13-11-2015 22:33	Origem:	ÁREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Leito - 17

CLORO **107 mmol/l**

Resultados anteriores: 12/11/15: 106 | 13/11/15: 107 |
DATA DA COLETA: 13/11/2015 22:36 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W400 ZAR2040

Valores de Referência:
ADULTO : 97 a 108 mmol/L
ATENÇÃO: Valor que 80 mmol/L
Valor que 115 mmol/L
VALORES RECOMENDADOS: Terapêutica, Gastroenterologia, Rim, R.

SÓDIO **132 mmol/l**

Resultados anteriores: 12/11/15: 135 | 13/11/15: 133 |
DATA DA COLETA: 13/11/2015 22:36 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W400 ZAR 2040

Valores de Referência:
Adulto..... 132 a 146 mmol/l
Criança..... 134 a 142 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO **6.8 mmol/l**

Resultados anteriores: 12/11/15: 5.6 | 13/11/15: 7.0 |
DATA DA COLETA: 13/11/2015 22:36 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W400 ZAR2040

Valores de Referência:

Adulto..... 3.6 a 5.5 mmol/l
Criança..... 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor crítico (adulto)..... menor que 2.5 e/ou
maior que 6.8 mmol/l
Valor crítico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l
maior que 6.0 mmol/l

Carlos Felipe Souza de Miranda Batista
Biomédico
CRBM 5409

SEQUENCIA: 1 IMPRIMIR: 10 / 18/07/2016 14:59 - 0000016996

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	000024441T	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	12/11/2015 22:35	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Low - I*

UREIA

Data da coleta: 13/11/2015 08:58 |

Resultado **120 mg/dl**

Valores de Referência: 10 a 50 mg/dl

Resultados anteriores: 12/11/15: 115 | 11/11/15: 86 |

Material: Sang

Método: Sistema Automatizado ARCHITECT

CREATININA

Data da coleta: 13/11/2015 08:58 |

Resultado **2,5 mg/dl**

Referencia: 0,5 a 1,2 mg/dl
Criancas...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Mulheres...: 0,4 a 1,3 mg/dl
Gestantes 3ºTRIMESTRE: Varia durante
as Gestacoes
o horario de
coleta.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
cefalosporinas
cefalina, O pode interferir o
resultado desse exame.

Resultados anteriores: 12/11/15: 2,4 | 11/11/15: 2,0 |

Material: Sang

Método: Automatizado CX 200 NISSEI

Carlos Felipe Souza de Almeida Botelho
Biomédico
CRBM 9449

SEGURADORA LIDER MP/VRT 10 % 18/07/2016 16:59 - 000000166997

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244149	Leito:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GERMINA VENANCIO A. PIALEO	Data:	12-11-2015 10:35	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	69 anos	Destino:	3.000 - 17

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 12/11/2015 10:43)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,82 milhões/mm³		4,2 a 5,4 milhões/mm³
Hemoglobina	8,3 g/dL		11,5 a 16,5 g/dL
Hematócrito	25 %		36,0 a 47,5 %
V.C.M.	89 fL		82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	4.000 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	160	00 a 00 % - 000 a 000 /mm³
Segmentados	82,0	3.280	00 a 00 % - 000 a 000 /mm³
Eosinófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm³
Basófilos	0	0	
Linfócitos			
Típicos	13,0	520	20 a 45 % - 1.000 a 3.000 /mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	1,0	40	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	191.000 mm³		(150.000 a 400.000) mm³

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4884

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 17:00 - 0000016998

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

GOVERNO DA PARAÍBA

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARBOSO	Protocolo:	0000244149	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GERMINA VENANCIO A. FIALHO	Data:	12/11/2015 10:35	Origem:	ÁREA VERMELHA
Clínica:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	69 ANOS	Destino:	Leito - 17

UREIA

COLETA: 12/11/2015 10:35

115 mg/dl

Resultados anteriores: 11/11/2015 86 mg/dl

CREATININA

COLETA: 12/11/2015 10:35

2,4 mg/dl

Resultados anteriores: 11/11/2015 2,8 mg/dl

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4084

SEGUNDA VIA 11:08 MAT 10 a 18/07/2016 17:00 - 000000166999

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244849	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GERMINA VENANCIO A. FIALHO	Data:	12-11-2015 10:35	Origem:	ÁREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	69 anos	Destino:	Leito - 12

CLORO 106 mmol/l

Resultados anteriores: 11/11/15: 107)
(DATA DA COLETA: 12/11/2015 10:46)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo X300 MAXION

Valores de Referência
ADULTO : 97 a 108 mmol/L
Alterado Valor que NÃO DEVOLVE
Valor que DEVOLVE mmol/L
VALORES ANTERIORES: Impossível Recuperar Dia: 0

SÓDIO 133 mmol/l

Resultados anteriores: 11/11/15: 133)
(DATA DA COLETA: 12/11/2015 10:46)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo X300 MAXIMUS

Valores de Referência
Adultos..... 135 a 145 mmol/L
Crianças..... 134 a 150 mmol/L
Valor Crítico menor que 120 ou maior que 160 mmol/L

POTASSIO 5.6 mmol/l

Resultados anteriores: 11/11/15: 4.0)
(DATA DA COLETA: 12/11/2015 10:46)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo X300 MAXIONS

Valores de Referência:
Adulto..... 3.5 a 5.5 mmol/L
Criança..... 3.6 a 5.6 mmol/L
Valor crítico menor que 2.5 mmol
Valor que 6.0 mmol/L
Valor crítico recém-nascido Valor que 6.0 mmol/L
Valor que 8.0 mmol/L

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4664

SEGURADORA LIDER DPVAT 10 6 18/07/2016 17:00 - 000000167000

Laboratório Newlab

ESTUDO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	000024468	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMAURI R. SILVA	Data:	13-11-2015 10:49	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Pedido:	Lote 17

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 13/11/2015 10:52]

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	2,80 milhões/mm³	4,5 a 5,9 milhões/mm³
Hemoglobina	8,4 g/dL	13,5 a 18,0 g/dL
Hematócrito	25 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	89 fL	82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	30 pg	27,0 a 33,0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	900 /mm³	5.000 a 10.000 /mm³
	(%) (/mm³)	
Neutrófilos		
Promielócitos	0 0	
Mielócitos	0 0	
Metamielócitos	0 0	
Bastonetes	8,0 72	0% a 10% = 0 a 1.000 /mm³
Segmentados	52,0 468	40% a 70% = 4.000 a 7.000 /mm³
Eosinófilos	1,0 9	0% a 5% = 0 a 500 /mm³
Basófilos	0 0	0% a 2% = 0 a 200 /mm³
Linfócitos		
Típicos	36,0 324	20% a 40% = 1.000 a 4.000 /mm³
Atípicos	0 0	
Monócitos	3,0 27	2% a 10% = 200 a 1.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	152.000 mm³	140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES: **Contagens repetidas e confirmadas.**

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

CIR. TOPOGRÁFICA.

SEGUNDA LIBERAÇÃO 18/07/2016 17:00 - 000000167001

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244408	Ala:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMAURI R. SILVA	Data:	13-11-2015 10:49	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Leito - 17

URÉIA

DATA DA COLETA: 13/11/2015 10:53 |

Resultado **114 mg/dl**

Resultados anteriores: 12/11/15: 115 ; 11/11/15: 66 |

Material: Soro

Método: Cinética Enzimática/UV MINDRAY

Observação:

Ref: 10 A 41 mg/dl

CREATININA

DATA DA COLETA: 13/11/2015 10:53 |

Resultado **2,4 mg/dl**

Referência: 0,3 a 1,0 mg/dl
Gestação.... 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos..... 0,4 a 1,2 mg/dl
OBSERVE REFERÊNCIAS DA UREIA, Separadas da Creatinina

e Sempre de

Valor:
SOTAI - não diz respeitosamente conforme algarismo #
Creatinina - O padrão diverso do resultado pelo exame.

Resultados anteriores: 12/11/15: 2,4 11/11/15: 2,0 |

Material: Soro

Método: Automatizado CR 200 MINDRAY

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

SEGURADORA LIDER (FUNT 10 & 18/07/2016 17:00 - 000000167002

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244468	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AMAURI R. SILVA	Data:	13-11-2015 10:49	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Leito - 17

CLORO **105 mmol/l**

Resultados anteriores: 12/11/15: 106 | 10/11/15: 107 |
Data da coleta: 13/11/2015 10:49 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo (ISE) DIRETO

Valores de Referência
Adulto: 95 a 108 mmol/l
ALERTA: Menor que 90 mmol/l
Valor que LIB mmol/l
EXAME REALIZADO: Terça-feira, Setembro, Ano 2.

POTASSIO **5.7 mmol/l**

Resultados anteriores: 12/11/15: 5.6 | 10/11/15: 5.0 |
Data da coleta: 13/11/2015 10:49 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo (ISE) DIRETO

Valores de Referência
Adulto..... 3.6 a 5.5 mmol/l
Criança..... 3.8 a 5.3 mmol/l
Valor crítico inferior..... menor que 2.5 mmol
valor que 2.5 mmol/l
Valor crítico superior: maior que 6.5 mmol/l
valor que 6.5 mmol/l

SÓDIO **130 mmol/l**

Resultados anteriores: 12/11/15: 133 | 10/11/15: 135 |
Data da coleta: 13/11/2015 10:49 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo (ISE) DIRETO

Valores de Referência
Adulto..... 130 a 146 mmol/l
Criança..... 134 a 146 mmol/l
Valor crítico menor que 120 e/ou maior que 150 mmol/l

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 6411

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 19/07/2016 17:00 - 0000167003

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244789	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GERMINA VENANCIO A. FIALHO	Data:	16/11/2015 09:57	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	20 anos	Destino:	Leito - 19

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/11/2015 10:01]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	2,66 milhões/mm³	4,1 a 5,9 milhões/mm³
Hemoglobina	8,1 g/dL	12,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	24 %	36,0 a 52,0 %
V.C.M.	92 fL	82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	30 pg	27,0 a 33,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	1.400 /mm³	5.000 a 10.000 /mm³
	(%) (/mm³)	
Neutrófilos		
Promielócitos	0 0	
Mielócitos	0 0	
Metamielócitos	0 0	
Bastonetes	4,0 56	0 a 10 % - 0 a 1.000 / mm³
Segmentados	72,0 1.008	40 a 70 % - 2.000 a 7.000 / mm³
Eosinófilos	0 0	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0 0	0 a 2,0 % - até 100 / mm³
Linfócitos		
Típicos	23,0 322	20 a 45 % - 1.000 a 3.000 / mm³
Atípicos	0 0	
Monócitos	1,0 14	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	151.000 mm³	150.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Osmido R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

SEGURANÇA LIBERAÇÃO 10 h 18/07/2016 17:00 - 0000167004

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	0000244739	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GERMINA VENANCIO A. PIAUHO	Data:	16-11-2015 08:57	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Destino:	Leito : 37

URÉIA

(DATA DA COLETA: 16/11/2015 10:43)

Resultado **144 mg/dl**

Resultados anteriores: 15/11/15: 130 * 14/11/15: 104 | 13/11/15: 120 * 13/11/15: 114 | 12/11/15: 115 |

Material: Soro

Método: Diatron Automatizado URICASE

Observações:

CREATININA

(DATA DA COLETA: 16/11/2015 10:43)

Resultado **3,2 mg/dl**

Resultados anteriores: 15/11/15: 2,6 | 14/11/15: 2,7 | 13/11/15: 2,8 | 13/11/15: 2,4 | 12/11/15: 2,4 |

Material: Soro

Método: Automatizado QM 350 MERCK

Gerlaldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 6010

SEGUNDA VIA EMIT 10 % 18/07/2016 17:00 - 000000167005

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	JOSE CARDOSO	Protocolo:	000024-6789	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GERMINA VENANCIO A. FIALHO	Data:	16-11-2015 09:07	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	70 anos	Quarto:	Leito - 17

CLORO **109 mmol/l**

Resultados anteriores: 15/11/15: 107 | 14/11/15: 104 | 13/11/15: 107 | 12/11/15: 105 |

Coleta da coleta: 16/11/2015 10:03)

Sobre Laboratório

Método: Eletrodo Seletivo ISE DIRETO

Valores de Referência:
ADULTO : 97 a 108 mmol/L

ALERTAS: Menor que 90 mmol/L

Maior que 115 mmol/L

Exame realizado no Laboratório Laboratório Bio. R.

POTASSIO **6.8 mmol/l**

Resultados anteriores: 15/11/15: 7.8 | 14/11/15: 6.7 | 13/11/15: 6.8 | 12/11/15: 5.7 |

(Data da coleta: 16/11/2015 10:03)

Sobre Laboratório

Método: Eletrodo Seletivo ISE DIRETO

Valores de Referência:

Adulto..... 3.5 a 5.5 mmol/l

Criança..... 3.6 a 5.8 mmol/l

Valor crítico (adulto)..... menor que 2.5 mmol/l

maior que 6.5 mmol/l

Valor crítico (recém-nascido): menor que 3.0 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l

SÓDIO **133 mmol/l**

Resultados anteriores: 15/11/15: 130 | 14/11/15: 130 | 13/11/15: 132 | 12/11/15: 130 |

Coleta da coleta: 16/11/2015 10:03)

Sobre Laboratório

Método: Eletrodo Seletivo ISE DIRETO

Valores de Referência:
Adulto..... 132 a 149 mmol/l

Criança..... 131 a 148 mmol/l

Valor crítico: menor que 120 mmol maior que 160 mmol/l

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

SEGUNDA LIBERAÇÃO 16/07/2016 17:00 - 000001670006

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - ÁREA VERMELHA

DATA: 25/11/15 SETOR: Vermelha LEITO: A7

H.D: fratura de V. aérea IDADE: 30 ADMISSÃO: 20/11/15

NOME: Ivo Pordeus

HORA: M FC FR PA PAM SpO2 T

REAVALIAÇÃO: Paciente em TOT, prono, sedado, HDM estável, ausência puncte, em VM / TOT, adaptado à VM, pouco reativo.

AP: MV + ins AHTX com ruídos adventícios

VM: MODO/MODAL: PC: VT: PEEP: PI: PS:
TI: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: VM:

CD: [X] TRS: [ ] TEP [ ] TEP [ ] O2 [ ] VNI

[X] Aspiração [ ] Ajuste de Cuff [ ] Troca de Filtro [ ] Decanulo [ ] Extubação
[ ] TRE [ ] TRV [ ] MRA [ ] Auxílio à IOT [ ] RCP
[ ] Posicionamento:
[ ] Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: C(y)n: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

[ ] Transporte:
[ ] Rotina/Intercorrências:

Raquel Carneiro M. Barreto
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-5 B451-LTF

HORA: T FC FR PA PAM SpO2 T

REAVALIAÇÃO: Paciente em TOT, quadro clínico mantido em VM / TOT, adaptado à VM, pouco reativo

AP:

VM: MODO/MODAL: PC: VT: PEEP: PI: PS:
TI: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: VM:

CD: [X] TRS: [ ] TEP [ ] TEP [ ] O2 [ ] VNI

[X] Aspiração [X] Ajuste de Cuff [ ] Troca de Filtro [ ] Decanulo [ ] Extubação
[ ] TRE [ ] TRV [ ] MRA [ ] Auxílio à IOT [ ] RCP
[ ] Posicionamento:
[ ] Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: C(y)n: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

[ ] Transporte:
[ ] Rotina/Intercorrências:

Raquel Carneiro M. Barreto
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-5 B451-LTF

HORA: FC FR PA PAM SpO2 T

REAVALIAÇÃO:

AP:

VM: MODO/MODAL: PC: VT: PEEP: PI: PS:
TI: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: VM:

CD: [ ] THB: [ ] TEP [ ] TEP [ ] O2 [ ] VNI

[ ] Aspiração [ ] Ajuste de Cuff [ ] Troca de Filtro [ ] Decanulo [ ] Extubação
[ ] TRE [ ] TRV [ ] MRA [ ] Auxílio à IOT [ ] RCP
[ ] Posicionamento:
[ ] Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: C(y)n: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:

[ ] Transporte:
[ ] Rotina/Intercorrências:

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO				
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
HEMOGRAMA:							
TOMOGRAFIA:							
RAIO X:							
OUTROS.:							

Observações:

SEGURADORA LINEAR PORT 10 - 16/02/2016 17:00 - 000001670

GOVERNO DA PARAÍBA

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

NOME:

HORA: | FC | FR | PA | PAM | SpO2 | T

REAVALIAÇÃO:

AP:

VM: MODO MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | Pi: | PS:
TI: | IE: | FiO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CD: ☐ THB: ☐ TEP ☐ TEP ☐ O2 ☐ VNI

☐ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação
☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

☐ Posicionamentos:
☐ Cinesioterapia:

Mecân. Vent. Cest: | Cdyn: | RVS: | IRSS: | PaO2/FiO2:

☐ Transporte:
☐ Relato/Intercorrências:

Dra. Drielly Layla Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-1 [illegible] - TF

HORA: | FC | FR | PA | PAM | SpO2 | T

REAVALIAÇÃO:

AP:

VM: MODO-MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | Pi: | PS:
TI: | IE: | FiO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CD: ☐ THS: ☐ TEP ☐ TEP ☐ O2 ☐ VNI

☐ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação
☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

☐ Posicionamentos:
☐ Cinesioterapia:

Mecân. Vent. Cest: | Cdyn: | RVS: | IRSS: | PaO2/FiO2:

☐ Transporte:
☐ Relato/Intercorrências:

Dra. Drielly Layla Silva
FISIO
CREFITO- -TF

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - ÁREA VERMELHA

DATA: | SETOR: | LEITO:
H.D: | IDADE: | ADMISSÃO:

HORA: | FC | FR | PA | PAM | SpO2 | T

REAVALIAÇÃO:

AP:

VIZ: MODO-MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | Pi: | PS:
TI: | IE: | FiO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CD: ☐ THS: ☐ TEP ☐ TEP ☐ O2 ☐ VNI

☐ Aspiração ☐ Ajuste de Cuff ☐ Troca de Filtro ☐ Desmame ☐ Extubação
☐ TRE ☐ TMV ☐ MRA ☐ Auxílio à IOT ☐ RCP

☐ Posicionamento:
☐ Cinesioterapia:

Mecân. Vent. Cest: | Cdyn: | RVS: | IRSS: | PaO2/FiO2:

☐ Transporte:
☐ Relato/Intercorrências:

[illegible]
1719 13 - F

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO				
GASO:			PH: 7,33	PaO2: 213	PCO2: 31,7	HCO3: 17,6	BE: -6,8
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
HEMOGRAMA:							
TOMOGRAFIA:							
RAIO X:							
OUTROS:							

Observações:

SECRETARIA LIDER RUN 10 & 18/02/2016 17:00 - 000001672008

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - ÁREA VERMELHA

NOME: José Cardoso

DATA: 13/11/2015 | SETOR: | LEITO: 17

H.D: trauma via aérea | IDADE: 70 | ADMISSÃO: 30-10-15

HORA:	FC	FR	PA	PAM	SpO2	T
	bpm	irpm		mmHg	%	°C

REAVALIAÇÃO:

Pct evolui em ecc sedado, em uso de VMI IOT bem adaptado, Ausculta com MV(+) em AHTX com roncos e sibilos.

AP: MV(+) em AHTX com roncos e sibilos

VM: MODO MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | Pi: | PS:
TI: | IE: | FiO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CD: ☐ THB: | ☐ TEP | ☐ TEP | ☐ O2 | ☐ VNI

☒ Aspiração | ☒ Ajuste de Cuff | ☒ Troca de Filtro | ☐ Desmame | ☐ Extubação
☐ TRE | ☐ TMV | ☐ MRA | ☐ Auxílio à IOT | ☐ RCP

☒ Posicionamento:
☐ Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: | Cdyn: | RVS: | IRSS: | PaO2/FiO2:

☐ Transporte:
☐ Rel. Intercorrências:

17.1913-F

HORA:	FC	FR	PA	PAM	SpO2	T
	bpm	irpm		mmHg	%	°C

REAVALIAÇÃO:

Pct evolui em ecc. sedado em VM IOT bem adaptado, mantendo o mesmo esquema.

AP: MV(+) em AHTX S/P/A

VM: MODO MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | Pi: | PS:
TI: | IE: | FiO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CD: ☐ TRE: | ☐ TEP | ☐ TEP | ☐ O2 | ☐ VNI

☒ Aspiração | ☒ Ajuste de Cuff | ☐ Troca de Filtro | ☐ Desmame | ☐ Extubação
☐ TRE | ☐ TMV | ☐ MRA | ☐ Auxílio à IOT | ☐ RCP

☐ Posicionamento:
☐ Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: | Cdyn: | RVS: | IRSS: | PaO2/FiO2:

☐ Transporte:
☐ Rel. Intercorrências:

17.1913-F

HORA:	FC	FR	PA	PAM	SpO2	T
	bpm	irpm		mmHg	%	°C

REAVALIAÇÃO:

Pct evolui em ecc sedado em uso de VMI IOT bem adaptado, mantendo o mesmo esquema.

AP: MV(+) em AHTX S/P/A

VM: MODO MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | Pi: | PS:
TI: | IE: | FiO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CD: ☐ THB: | ☐ TEP | ☐ TEP | ☐ O2 | ☐ VNI

☐ Aspiração | ☐ Ajuste de Cuff | ☐ Troca de Filtro | ☐ Desmame | ☐ Extubação
☐ TRE | ☐ TMV | ☐ MRA | ☐ Auxílio à IOT | ☐ RCP

☐ Posicionamento:
☐ Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: | Cdyn: | RVS: | IRSS: | PaO2/FiO2:

☐ Transporte:
☐ Rel. Intercorrências:

17.1913-F

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO				
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
HEMOGRAMA:							
ECOGRAFIA:							
RAIO X:							
OUTROS:							

Observações:

SEGURADORA LIDER MVRT 10 e 18/07/2016 17:00 - 000001670009

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - ÁREA VERMELHA

NOME: José Cardoso

DATA: 12/11/15 | SETOR: vermelha | LEITO: 17

H.D: Trauma de VA | IDADE: 70 | ADMISSÃO: 10/11/15

HORA: M | FC | FR | PA | PAM | SpO2 | T

REAVALIAÇÃO: Paciente hipersecretivo reativo mas contactuante em VMI TOT, PCV, acordando com pouca sedação, FR mantida.

AP:

VM: MODO-MODAL: PCV | PC: 16 | VT: 366 | PEEP: 6 | FI: 25 | PS:
TI: 1,3 | IE: 1:2 | FIO2: 50% | FLUXO: | SENS: 4 | FR: 12/18 VM: 9,6

CO: THB: X | TEP | TEP | O2 | VNI

Aspiração X | Ajuste de Cuff | Troca de Filtro | Desmame | Extubação
TRE | TMV | MRA | Auxílio à IOT | RCP
Posicionamentos X
Cinesioterapias

Monit. Vent. Cest: | Calyx: | RVS: | IRSS: | PaO2/FIO2:

Transporte:
Rotina/Intercorrências:

Anna Lúcia Leal de Fisioterapeuta 25373-F

HORA: | FC | FR | PA | PAM | SpO2 | T

REAVALIAÇÃO: Paciente Grave cc, Hipersecreção, intubado, Sedado, Sob uso de Noradrenalina + Dobutrex Fentanil Precedex em uso regular. Ventilando com a Ventilovet

AP:

VM: MODO-MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | FI: | PS:
TI: | IE: | FIO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CO: THB: | TEP | TEP | O2 | VNI

Aspiração | Ajuste de Cuff | Troca de Filtro | Desmame | Extubação
TRE | TMV | MRA | Auxílio à IOT | RCP
Posicionamento:
Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: | Calyx: | RVS: | IRSS: | PaO2/FIO2:

Transporte:
Rotina/Intercorrências:

F 11 90 . F

HORA: | FC | FR | PA | PAM | SpO2 | T

REAVALIAÇÃO: Paciente Grave cc, Hipersecretivo, Sedado, Sob uso de Noradrenalina + Dobutrex Fentanil Precedex em uso regular. Ventilando com a Ventilovet

AP:

VM: MODO-MODAL: | PC: | VT: | PEEP: | FI: | PS:
TI: | IE: | FIO2: | FLUXO: | SENS: | FR: | VM:

CO: THB: | TEP | TEP | O2 | VNI

Aspiração | Ajuste de Cuff | Troca de Filtro | Desmame | Extubação
TRE | TMV | MRA | Auxílio à IOT | RCP
Posicionamentos:
Cinesioterapias:

Monit. Vent. Cest: | Calyx: | RVS: | IRSS: | PaO2/FIO2:

Transporte:
Rotina/Intercorrências:

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO				
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
HEMOGRAMA:							
TOMOGRAFIA:							
RAIO X:							
OUTROS.:							

Observações:

SEGURADORA LIDER/MOFT 10 % 18/02/2016 17:00 - 000000167010

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIS GONZAGA FERNANDES

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

NOME: JOSÉ CARLOSO
IDADE: UTI: VERMELHA LEITO: 57
H.D. TRAUMA VAS ADMISSÃO 10/11/16 HORA: 20:30

PROCEDÊNCIA: VERMELHA
DIAG. SINDRÔMICO: TRAUMA VAS
DIAG. FISIOTERAPÊUTICO:
MOTIVO INTERNAÇÃO:
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ IRC ☐ Cirurgia
HDA: PCT [illegible]
HDP:
SV: FC 54 bpm FR 17 rpm PA 10x PAM 6x mmHg SpO2 % T °C
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☒ Grave ☐ Gravíssimo Acianótico SIZR
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torpor ☐ Comatoso ECG
NÍVEL DE SEDAÇÃO: Escala de Ramsay 6 Drogas
SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR (Tônus, trofismos, reflexos ADM, força muscular):

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ VNI ☒ VMI / Dias 5 DIA
CÂNULA: Tipo TOT Numeração 7,0 Fixação 23 Pressão Cuff:
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc Simples ☐ Másc/Sistema de Venturi
☐ Másc. Reinalação parcial ☐ Másc. não Reinalação Fluxo Uma FiO2 obtida
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ Não ☐ Fraqueza musculatura ☐ Fraqueza Intercostais ☒ Fraqueza
secundária ☐ Uso de musc. acessória Insp/Exp. ☐ Cianose ☒ Taquipnéia ☐ Resp. superficial ☐ Estridor
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Sim ☐ Não
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☒ Paradoxal ☐ Superficial
RITMO VENTILATÓRIO: ☐ Regular ☒ Irregular
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA ☐ Normal ☒ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica
TOSSE: ☒ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Ineficaz ☒ Ineficaz
SECREÇÃO: ☒ Sim ☐ Não QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande
COMPOSIÇÃO: ☐ Fluida ☐ Mucoide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☒ Sanguinolenta
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarelada ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosácea ☒ Vermelha

PALPAÇÃO:
PERCUSSÃO:
APIAC: MV S/ RA

ACESSÓRIOS

ACESSO VENOSO: ☐ Central ☒ Periférico Local de inserção:
DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante Débito

HORA	EXAMES COMPLEMENTARES					
	GASOMETRIA	PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
	HEMOGRAMA:					
	TOMOGRAFIA:					
	RAIO X:					

VENTILAÇÃO MECÂNICA - PARÂMETROS INICIAIS E MONITORIZAÇÃO

VM:	MODO-MODAL: PCV	PC: 560	VT: 545	PEEP: 8	PI: 26	PS: -
	TI:	IE:	FIO2: 21	FLUXO:	SENS:	FR: 34 / 34	VM: 6,1

Cest: Cdyn: RVS: IRSS: PaO2/FiO2:
Pimáx Pemáx Auto-PEEP Delta pressure

AJUSTES APÓS GASOMETRIA:

CONDUTA INICIAL FISIOTERAPÊUTICA

CD: ☒ THB: ☐ TEP: manual ☐ TEP: ativo ☐ Cic: ☐ VNI
☒ Aspiração ☒ Ausc. à IOT ☒ Extub TOT ☒ Ajuste VNI ☐ Monitorização
☒ TCP ☐ TRE ☐ Decanulação ☐ Extubação ☐ Ventilação
☐ Posicionamento
☐ Outros

Observações: [illegible]

Fisioterapeuta CREFITO 9332

RESUMO DE ALTA DATA: HORA:
☐ Alta da UTI ☐ Óbito ☐ Setor destino ☐ Transferência para outro Hospital
OP ÁREA VERMELHA: TEMPO VNI TEMPO TOT TEMPO TOT
☐ Defeito maior ☐ Alteração Exames
☐ Contratura
☐ Deformidade
☐ Erros na Mobilização:

Fisioterapeuta CREFITO

MOD. 2C

SEQUENCIADOR LIBERADO UT 18/07/2016 17:00 - 000000167011

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM 14/11/15

1. NOME: José Paulino
IDADE: 40 anos SEXO: M [X] F [ ] DATA DE NASCIMENTO: / / 75 h
SETOR: Área Vermelha LEITO: 17
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Trauma de face
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Vide Prontuário

4. ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [ ] QUAIS
5. USO DE DIAPOSITIVO: SONDAS: SVD [X] SNG [ ] SOG [ ] TOT [X] TRAQUEOST [ ]
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL [ ] ACESSO V. PERIFÉRICO [X] DRENOS: DRENO Tx [ ] DRENO VAC [ ] DRENO SUCÇÃO [ ]
6. DADOS VITAIS PA: Vide Prontuário FR: FC: PESO:
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ALTÍSSIMO RISCO [ ] ALTO RISCO [X] RISCO MODERADO [ ] BAIXO RISCO [ ] SEM RISCO [ ]
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM [ ] NÃO [X] ESTÁGIO I [ ] II [ ] III [ ] IV [ ] V [ ]

8. SISTEMA CARDÍACO	BRADICÁRDIO [ ]	TAQUICARDIA [ ]	ARRITMIA [ ]	PRECORDIALGIA [ ]	RITMO NORMAL [X]		
9. SISTEMA NEUROLÓGICO	COMATOSO [X]	SEDADO [X]	TORPOROSO [ ]	LETÁRGICO [ ]	DESORIENTADO [ ]	ORIENTADO [ ]	AGITADO [ ]
9.1 DÉFICIT MOTOR:	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO LEITO [X]	SEM DÉFICIT MOTOR [ ]		
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO:	VENT ESPONTÂNEA [ ]	DISPNÉICO [ ]	TAQUIPNÉICO [ ]	EUPNÉICO [ ]	BRADIPNÉICO [ ]	VENT. MECÂN. INV. [X]	
10.1 AUSCULTA:	RONCO [ ]	SIBILOS [ ]	ESTERTORES [ ]	NORMAL [X]			
11. SIST. GENITOURINÁRIO: DIURESE:	NORMAL [ ]	POLIÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [X]			
	DISÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]	HEMATÚRIA [ ]			
12. SIST. GASTROINTESTINAL: Eliminações	PRESENTE [ ]	AUSENTE [X]	DIARRÉIA [ ]	CONSTIPADO [ ]	MELENA [ ]		
12.1 ABDOME	PLANO [ ]	FLÁCIDO [X]	GLOBOSO [ ]	DISTENDIDO [ ]	COLOSTOMIA [ ]	OUTROS [ ]	
13. ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X]	DESNUTRIDO [ ]	CAQUÉTICO [ ]	OBESO [ ]			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

[X] RISCO DE QUEDA	CD/FR: Acamado
[X] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: TOT
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Via Aérea Artificial
[X] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: Ambiente climatizado
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
[X] RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: Cirurgia de Urgência
[ ] DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
[ ] RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
[X] VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR: TOT
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
[X] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: restrito no leito
[X] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA [ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: Procedimento cirurgico
[ ] RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
	FR: FATOR RELACIONADO

COREN-PB 235.016
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] REGISTRAR SINAIS VITAIS	4/4 hs	
[X] REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	12/12 hs	
[X] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6 hs	
[X] REALIZAR TROCA DE CURATIVO COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE	1 1 m	
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETERES	Contínuo	
[X] AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	"	
[X] VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	"	
[X] PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	"	

IND 134

SEGURADORA LIDER UPORT 10 & 16/07/2016 17:00 - 000001167012

☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		
☐ AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO.		
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.	Continuo sempre	
☒ MANTER ELEVADAS AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		
☐ MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO		

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

REGISTROS: VIDE CONTROLE DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA
14/11/15 10:00 Realizado a curva de pressão venosa central pelo Dr. Raoni Enf. Ronaldo Alves Gomes ENFERMEIRO COREN/PB 441492	Passado SNE as 23 hs e pacien-te do leito 04 Daniel Pereira da Silva mantem-se lucido e orientado (a) no tempo e espaço. Sinais vitais estáveis. Glicemia capilar monitorada as 3 horas, sem intercorrências até o momento. Mantem-se em dieta zero. Mantem-se em uso de Ceftriaxona 1g EV 12/12 hs. Mantem-se em uso de Omeprazol 40mg EV 12/12 hs. Mantem-se em uso de Tramadol 100mg EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Dipirona 1g EV 6/6 hs. Mantem-se em uso de Enoxaparina 40mg SC 1x ao dia. Mantem-se em uso de Ondansetrona 8mg EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Metoclopramida 10mg EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Cloreto de Potássio 10% 10ml EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Cloreto de Potássio 19,1% 10ml EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Sulfato de Magnésio 50% 10ml EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Fosfato de Potássio 3ml EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Cloreto de Sódio 0,9% 10ml EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Glicose 50% 10ml EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Regular 10UI EV 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina NPH 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Glargina 10UI SC 1x ao dia. Mantem-se em uso de Insulina Lispro 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Aspart 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Detemir 10UI SC 1x ao dia. Mantem-se em uso de Insulina Glulisina 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Degludec 10UI SC 1x ao dia. Mantem-se em uso de Insulina Glargina 10UI SC 1x ao dia. Mantem-se em uso de Insulina Lispro 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Aspart 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Detemir 10UI SC 1x ao dia. Mantem-se em uso de Insulina Glulisina 10UI SC 8/8 hs. Mantem-se em uso de Insulina Degludec 10UI SC 1x ao dia.
	Em tempo as 01:00 hs o técnico Daniel Batista Teve incidente de HGT baixo. Sendo prontamente reposto foi notificado ao enfermeiro. Enfermeiro COREN-PB 386078

SEGURADORA LIDER MPRT 10 E 18/07/2016 17:00 - 000000167013

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Vermelho

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA [redacted]

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: [redacted] Cavalcante

IDADE: 20 SEXO: M [ ] F [ ] DATA DE NASCIMENTO: / / às 2 : 30 h

SETOR: Saco Vermelho LEITO: 17

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM [X] NÃO [ ] QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM [ ] NÃO [ ] QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM [ ] NÃO [X] LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [ ]	NORMOTENSO [ ]	HIPERTENSO [ ]	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [ ]	INCONSCIENTE [ ]	ORIENTADO [ ]	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNÉICO [ ]	TAQUIPNÉICO [ ]	EUPNÉICO [ ]	BRADIPNEICO [ ]
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL [ ]	POLÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [X]
	DISÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]	
MOBILIDADE:	DEAMBULA [ ]	DEAMBULA C/APOIO [ ]	ACAMADO [X]	S/ DEFICITE MOTOR [ ]
	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO PEITO [X]
SIST. GAS. ROINTESTINAL: (DIETA)	VO [ ]	SNG [X]	SNE [ ]	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [ ]	DESNUTRIDO [ ]	OBESO [ ]	CAQUÉTICO [ ]

DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

[ ] RISCO DE QUEDA	CD/FR:	Risco de queda
[X] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:	Broncoaspiração.
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	Sítio Cirúrgico Infecção
[ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:	cirúrgica
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:	
[ ] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA [ ] RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
[ ] RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:	
[ ] NÁUSEA	CD/FR:	
[ ] DOR AGUDA [ ] DOR CRÔNICA	CD/FR:	
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:	
[ ] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:	
[ ] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO [ ] ALIMENTAR-SE [ ] PARA BANHO	CD/FR:	
[ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:	
[ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:	
[ ] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:	
[ ]	CD/FR:	
[ ]	CD/FR:	
[ ]	CD/FR:	
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
	FR: FATOR RELACIONADO	

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	24 x 24	
[X] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	06/06	
[X] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[ ] INSTALAR CATETER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
[ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
[ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS		
[ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
[ ] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR,HIPEREMIA.		
[ ] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
[ ] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		

HSD 125

SEGUNDA COPIA LIBERADA 10 h 18/07/2016 17:00 - 00000167014

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA/ CARIMBO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: José Loudes HD: SETOR: LEITO: 17 DATA: 12/11/15

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL		154/98					119/77			130/80							140/90				130/70				110	
PULSO/FC		70					130			100							98				91				100	
TEMPERATURA		36					36			36							36				36				36	
RESPIRAÇÃO		16					11			16							18				16				N.A.	
SAT. 02																										
PVC																										
PIA																	141				153				13	
HGT		161					193			230																
I N F U S Õ E S V E N O S A S																										
SF 0,9%																										
SRL																										
SG 5%		500					500																			
SORO EXTRA																										
SEDAÇÃO																										
ANALGESIA																					Cpa				4pm	
MEDICAÇÕES																										
NORA																										
DORA																										
HEMODERIVADOS																										
NPT																										
I N F U S Õ E S V E N O S A S																										
DIETA																										
ÁGUA																					4pm				60ml	
MEDICAÇÕES																										
D R E N A G E N S																										
SNG/VÔMITOS																										
FEZES																	1x				500				30	
DIURESE		100					1000			90																
HEMODIALISE																										
DRENO TÓRAX D																										
DRENO TÓRAX E																										
DRENO SUCÇÃO																										
D. CAVITÁRIO																										
DVE																										

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE =	PERDAS 12H NOITE =	BH NOITE =
GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML =		BH 24H =	
ASSINATURA:			ASSINATURA:		

SECRETARIA LIDIA POST 10 % 18/02/2016 17:01 - 000000167016

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM 12/1/15

1. NOME: Jose Gonçalo
IDADE: 70 anos SEXO: M [X] F [ ] DATA DE NASCIMENTO: / / HS h
SETOR: Sala Vermelha LEITO: 17
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Trauma de Raio Craio
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Vide Prontuário

4. ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [ ] QUAIS:
5. USO DE DISPOSITIVO:
SONDAS: SVD [ ] SNG [ ] SOG [ ] TOT [X] TRAQUEOST [ ]
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL [ ] ACESSO V. PERIFÉRICO [X]
DRENOS: DRENO Tx [ ] DRENO VAC [ ] DRENO SUCÇÃO [ ]
6. DADOS VITAIS: PA: Vide Prontuário FR: FC: PESO:
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ALTÍSSIMO RISCO [ ] ALTO RISCO [ ] RISCO MODERADO [X] BAIXO RISCO [ ] SEM RISCO [ ]
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM [ ] NÃO [X] ESTÁGIO I [ ] II [ ] III [ ] IV [ ] V [ ]
8. SISTEMA CARDÍACO: BRADICÁRDIA [ ] TAQUICÁRDIA [ ] ARRITMIA [ ] PRECORDIALGIA [ ] RITMO NORMAL [X]
9. SISTEMA NEUROLÓGICO: COMATOSO [X] SEDADO [X] TORPOROSO [ ] LETÁRGICO [ ] DESORIENTADO [ ] ORIENTADO [ ] AGITADO [ ]
9.1 DÉFICIT MOTOR: TETRAPLEGIA [ ] HEMIPLEGIA [ ] PARESIA [ ] RESTRITO NO LEITO [X] SEM DÉFICIT MOTOR [ ]
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: VENT ESPONTÂNEO [ ] DISPÉICO [ ] TAQUIPNÉICO [ ] EUPNÉICO [ ] BRADIPNÉICO [ ] VENT. MECAN. INV. [X]
11. AUSCULTA: RONCO [ ] SIBILOS [ ] ESTERTORES [ ] NORMAL [X]
12. SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE) NORMAL [ ] POLIÚRIA [ ] OLIGÚRIA [ ] SVD [ ] DISÚRIA [ ] CISTOSTOMIA [ ] ANÚRIA [ ] HEMATÚRIA [ ]
13. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações PRESENTE [ ] AUSENTE [X] DIARRÉIA [ ] CONSTIPADO [ ] MELENA [ ]
14. ABDOME: PLANO [ ] FLÁCIDO [X] GLOBOSO [ ] DISTENDIDO [ ] COLOSTOMIA [ ] OUTROS [ ]
15. ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO [X] DESNUTRIDO [ ] OBESO [ ] CAQUÉTICO [ ]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

[X] RISCO DE QUEDA	CD/FR: Recomendado
[X] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: TOT
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Procedimentos invasivos
[X] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: Sinais e Sintomas
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
[X] RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: Coleta de Sangue
[ ] DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
[ ] RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
[X] VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR: TOT
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
[X] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: Mobilidade no leito
[X] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA [ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUD. CADA	CD/FR: Cuidados com a pele
[ ] RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

Edinaldo Ramos de Sousa
ENFERMEIRO
COREN-PB 316.335
ASSINATURA (E) ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] REGISTRAR SINAIS VITAIS	4/4 hs	
[X] REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	12/12 hs	
[X] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6 hs	
[X] REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE	5x n	
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETERES	Continuo	
[X] AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	"	
[X] VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	"	
[X] PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE	"	

MOD 124

SEGURADORA LIDER DPVAT 10 & 18/07/2016 17:01 - 000001670177

☐ REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
☐ INSTALAR CATETER DE 02 A 10MM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		
☑ AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO.	Orientado	
☑ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.	"	
☑ MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA	Sonpol	
☐ MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

REGISTROS: VIDE CONTROLE DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

SEFAZ/RO/CGEA LIDER MVAT 10 - 18/07/2016 17:01 - 0030016/2016

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Jose Cardoso HD: Trauma duplo eixo SETOR: LEITO: 17 DATA: / /

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL		120/68			110/60				135/77		130/80				120/80				120/80				124	18
PULSO/FC		60			71				79		91				61				94				62	
TEMPERATURA		36			36,4				36,3		36,5				36				36,2				36°C	
RESPIRAÇÃO		VM			VM				VM						VM				VM				VM	
SAT. O2																								
PVC																								
PIA						99					116												99	
HGT																								

INFUSÕES VENOSAS

SF 0,9%											500ml													
SRL		500																						
SG 5%																								
SORO EXTRA															80 ml/h									
SEDAÇÃO		Dormir									3 ampolas													
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								

INFUSÕES VENOSAS

DIETA		Ø																						
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								

DRENAGENS

SNG/VÔMITOS																								
FESES																300ml	1x	Dau						
DIURESE											575													
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE =	PERDAS 12H NOITE =	BH NOITE =
GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML =		BH 24H =	

ASSINATURA: ASSINATURA:

SEGURADORA LIDER RMET 10 $ 18/07/2016 12:01 - 000001670190

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: JOSE CARDOSO HD: SETOR: LEITO: 17 DATA: 10/11/15

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL														130/70					102	96				106/60	
PULSO/FC														74					66					59	
TEMPERATURA														96					36°					35	
RESPIRAÇÃO														17					100					UM	
SAT. 02																									
PVC																									
PIA																			130					188	
HGT																									
INFUSÕES VENOSAS																									
SF 0,9%																									
SRL															04										
SG 5%																									
SORO EXTRA																									
SEDAÇÃO																									
ANALGESIA																									
MEDICAÇÕES															OK										
NORA																									
DORA																									
HEMODERIVADOS																									
NPT																									
INFUSÕES VENOSAS																									
DIETA																									
ÁGUA																									
MEDICAÇÕES																									
DRENAGENS																									
SNG/VÔMITOS																									
FESES															ESP										
DIURESE																									
HEMODIALISE																									
DRENO TÓRAX D																									
DRENO TÓRAX E																									
DRENO SUCÇÃO																									
D. CAVITÁRIO																									
DVE																									

Maria Eliane S. da Silva
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 196.182

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=
GANHOS 12H NOITE =	PERDAS 12H NOITE =	BH NOITE =
GANHOS 24H DIA=	PERDA 24H + 1000ML =	BH 24H =
ASSINATURA:	ASSINATURA:	

SEMSAU0089 LIDIANE 10 6 10/02/2016 17:01 - 000000167020

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: José Cardoso HD: Trauma de Via Aérea SETOR: A. Vermelha LEITO: 17 DATA: 24 / 11 / 01

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL		100x70				100x50				100x60						100x70				100x70					100x60	
PULSO/FC		69				72				73						96				96					65	
TEMPERATURA		35				35				36						36				36					36	
RESPIRAÇÃO		VM				VM				VM						VM				VM					VM	
SAT. 02																										
PVC																										
PIA												07								09					10	
HGT					130																					
	I	N	F	U	S	O	E	S		V	E	N	O S A S													
SF 0,9%												50								500		500			500	
SRL																										
SG 5%		500																								
SORO EXTRA																										
SEDAÇÃO																										
ANALGESIA																CPM				CPM					CPM	
MEDICAÇÕES		6PM				6PM				6PM																
NORA																										
DORA																										
HEMODERIVADOS																										
NPT																										
	I	N	F	U	S	O	E	S		V	E	N	O S A S													
DIETA																										
ÁGUA																										
MEDICAÇÕES																										
	D	I	E	N	A	G	E	N	S																	
SNG/VÔMITOS		VÔMITO				VÔMITO				VÔMITO						VÔMITO				IN						
FEZES		NÃO				NÃO				NÃO						60				N						
DIURESE		Ø				50				100						50				95					Ø	
HEMODIALISE																										
DRENO TÓRAX D																										
DRENO TÓRAX E																										
DRENO SUCÇÃO																										
D. CAVITÁRIO																										
DVE																										

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE =	PERDAS 12H NOITE =	BH NOITE =
GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML =		BH 24H =	
ASSINATURA:			ASSINATURA:		

SEMMRRDPS LIDER MONIT 10 @ 18/07/2016 17:01 - 000000167021

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: José Cardoso HD: Trauma via pérolo SETOR: A.V LEITO: 17 DATA: 13/11/15

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL		90x60				120x80				90x60						90x60				110x60				90x60		100x70
PULSO/FC		89				94				100						80				90				79		82
TEMPERATURA		36,2				36,0				36,0						36,1				36,0				36,0		36,0
RESPIRAÇÃO		16				16				16						16				16				17		20
SAT. 02																										
PVC																										
PIA																				70				95		000
HGT		—				188				—		126				—				—				—		
	I	N	F	U	S	O	E	S		V	E	N	O S A S													
SF 0,9%		500				—				500						500				—						
SRL																										
SG 5%																										
SORO EXTRA		—				—																				
SEDAÇÃO		CM				CM				CM						CM				CM				CM		
ANALGESIA																										
MEDICAÇÕES		CM				CM				CM						CM				CM				CM		
NORA																										
NORA																										
HEMODERIVADOS																										
NPT																										
BICARBONATO		250				150				300						90				20				90		
	I	N	F	U	S	O	E	S		V	E	N	O S A S													
DIETA		—				—										—										
AGUA		—				—										—										
MEDICAÇÕES		CM				CM										CM				CM				CM		
	D	R	E	N	A	G	E	N	S							—										
ENGA/VÔMITOS		—				—										—										
FEZES		—				—										—										
DIURESE		125				100				40						300				100				130		700
HEMODIALISE																										
DRENO TORAX D																										
DRENO TORAX E																										
DRENO SUCÇÃO																										
D. CAVITÁRIO																										
DVE																										

GANHOS 12H DIA= PERDAS 12H DIA= BH DIA= GANHOS 12H NOITE = PERDAS 12H NOITE = BH NOITE =

GANHOS 24H DIA= PERDA 24H = 1000ML = BH 24H =

ASSINATURA: ASSINATURA:

SFHURBDOEA LIDER PROET 10 & 18/02/2016 17:01 - 000000167022

Mãe Maria Lourinaldo da Silva

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CNPJ: 08-778.268/0001-60
Código da Unidade: 00023671
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE PRONTUÁRIO Nº: 1251587

Nome: JOSÉ CARLOSO Sexo: MASCULINO Idade: 70,0
Profissão: APOSENTADO Documento: 1026039[illegible]
Endereço: DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Bairro: ZONA RURAL
Município: QUEIMADAS Estado: ____ CEP: ____
Data Atendimento: 10/11/2016 15:55h Código do Município: 251250

RAÇA/COR DATA NASCIMENTO: 13/11/1946 QUEIXAS: ACIDENTE MOTO

( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente [illegible] de queda de moto [illegible] fratura de [illegible] e fratura de [illegible] e [illegible] [illegible] [illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE **TIPO**

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura de [illegible]

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (99.3): ____
Consulta Especializada: Ortopedia Pronto Atendimento

PROCEDIMENTO

No [illegible] Vítima de acidente de [illegible] em setembro, [illegible] sem consulta, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

TIPO DE ATENDIMENTO

- [ ] 01 - URGÊNCIA
- [ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- [ ] 01 - PRESCRITA
- [ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Maria Pereira Mendes

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

SEGUNDA VIA EMITIDA EM 18/07/2016 17:01 - 00000016025

v.00.014

Seguradora Líder

SEGURADORA L

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Facebook.com/dpvatoficial Youtube.com/dpvatoficial Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
Elzira Pereira Barboso	

ENDEREÇO / Address

S.T. Olho d'Agua Salgado

CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58475000	Queimadas	PB	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (R

- ☐ MUDOU-SE (Moved)
- ☐ RECUSADO (Refused)
- ☐ DESCONHECIDO (Unk
- ☐ NÃO PROCURADO (U
- ☐ AUSENTE (Absent)

TENTATIVAS DE

1ª __/__/__ às __

☐ Informação p
Information provi

☐ Reintegrado
Reinstated to serv

Data __/__/__ Re