
Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346824

Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346824

Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346824

Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346824

Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **0000048448-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 038.287.024-73 Nome completo da vítima: RUBENS FRANKLIN PAZ

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

Nome completo: RUBENS FRANKLIN PAZ CPF: _____
Profissão: AG. FUNERARIO Endereço: PROF. GILBERTO MONTENEGRO Número: 240A Complemento: Q. 30
Bairro: TREZ IRMÃES Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58454-910
E-mail: _____ Tel. (DDD): 083 99922-5331

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0374 CONTA: 121127
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Autorização de pagamento



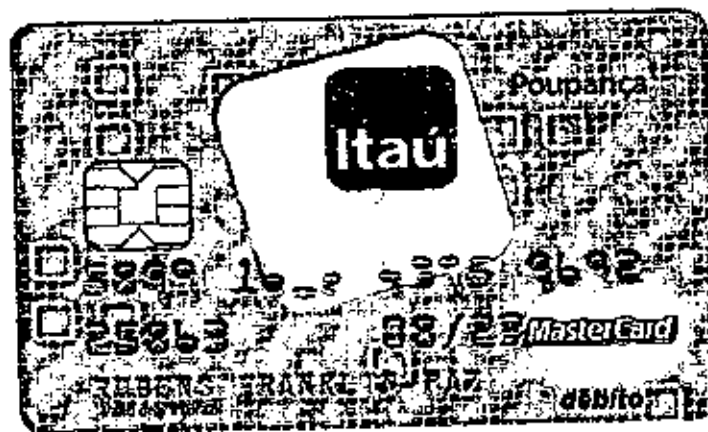
2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



AGÊNCIA CONTA
0374 12112 7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 044.483.104-02 CPE da vítima: Paulo Sergio de Azevedo Chaves Nome completo da vítima: Paulo Sergio de Azevedo Chaves

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

Nome completo: Paulo Sergio de Azevedo Chaves Profissão: agricultor Endereço: Rua Prefeito de Cidade: Pilar Estado: PB CEP: 58330-00 Tel (DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RLCUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as linhas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00048448 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo meu voto assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, baseada na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 39, § 1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à minha futura ação judicial em caso de contestação, caso decida desistir do pedido.

PROTOCOLADO
27 MAIO 2019
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e data: João Pessoa, 22/03/2019
Nome: Paulo Sergio de Azevedo Chaves
CPF:
Jose Dias de Azevedo Filho
(*) Assinatura de quem assina A ROGA

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Jose Dias de Azevedo Filho
CPF: 763-098-969-68

Assinatura
2ª Nome: Jose Dias de Azevedo Filho
CPF: 952-359-734-53

Assinatura da vítima/beneficiário (deduzido)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

074.483.104-02 Paulo Sergio de Queiroz Chaves

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0733

CONTA:

00048448

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa, 22/03/2019
Jose Dias de Queiroz Filho
487.695.784-39
Jose Dias de Queiroz Filho
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Edson Costa da Silva
768-258-964-68
Edson Costa da Silva
Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Jose Carlos Corrêa
952-359-734-53
Jose Carlos Corrêa
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00395.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação I: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

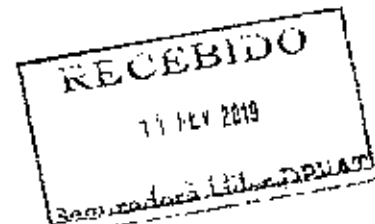
Data da Ocorrência: 25/11/2018

Hora: 07:10:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Pedro I, São José, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Praça do Trabalho



PARTE(S)

VITIMA

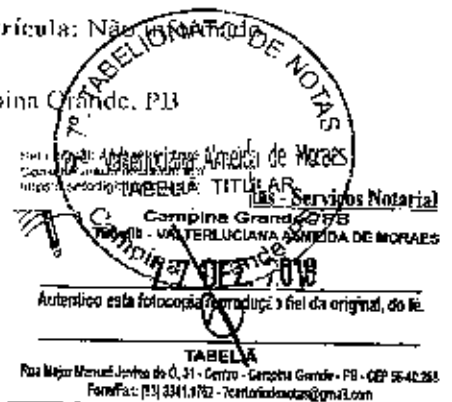
Nome: Rubens Franklin Paz
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria das Neves Paz e Rodão Francisco Paz
Idade: 38 **Data de Nascimento:** 22/10/1980 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Agente Funcionário
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 038.287.024-73
Endereço: Rua- Terezinha Carla Agra de Medeiros Napolis, 240-A, Três Irmãs, Campina Grande, PB
Complemento: Quadra 10
Ponto de referência: Por Trás do Verdejante (portal Sudoeste)
Telefone: (83) 99922-5331

Boletim de ocorrência



TESTEMUNHA

Nome: José Anailton do Nascimento
Conhecido por: Não informado
Filiação: Francisca Maria Silva do Nascimento e José Anael do Nascimento
Idade: 34 **Data de Nascimento:** 08/10/1984 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mototaxista
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 060.276.714-83
Endereço: Travessa Roberta Andrade C. Pinto, 95, Quarenta, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Restaurante do Aldo
Telefone: (83) 98731-3638





TESTEMUNHA

Nome: Guilherme Paz de Sousa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Rosângela Maria Paz e Francisco Paz de Sousa
Idade: 20 Data de Nascimento: 26/07/1998 Identidade de Gênero: masculino
Naturalidade: Campina Grande
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Aux. Administrativo
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 707.699.374-03
Endereço: Rua Jafer Medeiros, 08, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Escola Balão Mágico
Telefone: (83) 99950-1944



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo NXR 160 BROS ESDD, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2017, placa OFD-0252, chassi 9C2KD0810HR405680, renavam 0111-16353-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 160 BROS ESDD, Ano/Modelo 2016/2017, cor vermelha, Placa OFD-0252-PB, Chassi de N° 9C2KD0810HR405680 licenciada em nome do comunicante Rubens Franklin Paz, quando trafegava na rua Dom Pedro I, bairro do São José, momento em que passava numa curva perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado esquerdo, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via molhada e pouca visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 26 de dezembro de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Rubens Franklin Paz
RUBENS FRANKLIN PAZ
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 038.287.024-75 Nome completo da vítima: RUBENS FRANKLIN PAZ

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

Nome completo: RUBENS FRANKLIN PAZ CPF: _____
Profissão: AG. FUNERARIO Endereço: PROF. GILBERTAN MONTEIRO Número: 240A Complemento: Q. 10
Bairro: TRES IRMAES Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58494-910
E-mail: _____ Tel.(DDD): 053 99922-5331

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0374 CONTA: 121127
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____
Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Declaracao de Inexistencia de l



2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 044.483.104-02 CPE da vítima: Paulo Sergio de Azevedo Chaves Nome completo da vítima: Paulo Sergio de Azevedo Chaves

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

Nome completo: Paulo Sergio de Azevedo Chaves Profissão: agricultor Endereço: Rua Prefeito de Cidade: Pilar Estado: PB CEP: 58330-00 Tel (DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RLCUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as linhas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 00048448 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo meu voto assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, baseada na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 39, § 1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à minha futura ação judicial em caso de contestação, caso discorde do meu diagnóstico.

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
27 MAIO 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e data: João Pessoa, 22/03/2019
Nome: Paulo Sergio de Azevedo Chaves
CPF:
Jose Dias de Azevedo Filho
(*) Assinatura de quem assina A ROGA

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Jose Dias de Azevedo Filho
CPF: 763-098-969-68

Assinatura
2ª Nome: Jose Dias de Azevedo Filho
CPF: 952-359-734-53

Assinatura da vítima/beneficiário (deduzido)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

074.483.104-02 Paulo Sergio de Queiroz Chaves

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0733

CONTA: 00048448

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Faço motivo assinado, solicito o provimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 3947/74, art. 3º, § 6º, declarando que esta autorização não significa renúncia à minha futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso contrário, a esta renúncia.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (s)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e data:

Nome:

CPF:

João Pessoa, 22/03/2019
Jose Dias de Queiroz Filho
487.695.784-69
Jose Dias de Queiroz Filho

(*) Assinatura de quem assina a RGSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome: Edson de Aguiar da Silva
CPF: 768.258.964-68
Edson de Aguiar da Silva

Assinatura

2º Nome:

CPF:

3º Nome: Jose Carlos da Silva
CPF: 958.359.734-53
Jose Carlos da Silva

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES
DATA DE NASCIMENTO	04/09/94
NOME DA MÃE	MARIA APARECIDA DE QUEIROZ CHAVES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.994
DATA DO ATENDIMENTO	26/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	08:57
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA
CID 10	S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), referindo dor em ombro esquerdo e dor em tornozelo direito. Dor em joelho esquerdo. Abdomen sem queixas. RX evidencia fratura diafisária de perna direita. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de torax
RX de bacia
RX de tornozelo direito
Ultrassonografia FAST
TC de coluna cervical
RX de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de perna direita.

TRATAMENTO:

Imobilização com tala coxo-podálico. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	26/11/18
DATA DA EMISSÃO:	11/02/19

Dr. José de Almeida Braga

CRM-2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DIMIÇÕES, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

27 MAIO 2019

PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Paulo Sergio Queiroz		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
	M.		Ortol	32	440
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
26/11/18		28/11/2018			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Ex-osteo osso da perna					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
Realizado RFT com Placa + hardware					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
NATURA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O.		☐ SIM	☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL	
				☐ SIM	☐ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		☐ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO
					☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente recebe alta em bom estado geral pós tratamento cirúrgico de fratura ex-osteo. Retorno com oq. dia.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço médio em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se estiver com vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer dor, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina + Dexam

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do DPO Contar em _____ dias para revisão. 07 dias

28/11/18

DATA

ASS. MÉDICO

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Henrique de C. M. R.
CRM: 9743108



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1124994



Identificação do paciente				
ID 1349284	Nome PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/09/1994	Idade 24 anos 7 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA APARECIDA DE QUEIROZ	Pai JOSE BENEDITO CHAVES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) FRANCISCO DE ASSIS QUEIROZ - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987903916	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3402600	Nº Cns 700501135488452		
Local de procedência PILAR	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R		
Endereço				
CEP 58338000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro JOSE AUGUSTO GOMES DA SILVA	
Número SN	Complemento	Bairro AUGUSTO BERNARDO		
Admissão				
Data e Hora 26/11/2018 08:57:30	Número da pulseira 1000006840159	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente CAMINHAO X PEDESTRE		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA				Tempo 40seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000048448-0

Nr. da Autenticação ECF6D53B6A6B5BF1

RUBENS FRANKLIN PAZ
RUA OLIVEIRA LIMA, 100, 2º ANDAR - TEL: 3340-1111
CAMPINA GRANDE / PB - CEP: 53400-000 (P.O. 454)
Emissão: 19/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL RESIDENCIAL R0000 P.45503 Alça Subclasse: Típico Limite: Campina Grande / PB - CEP: 53423-700
Potência: 12 - 401 - 742 - 510 Nº medidor: 00028070157



ENERGISA BOMBAZAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Título Limite: Campina Grande / PB - CEP: 53423-700
CNPJ: 07.825.694/0001-05 Ins. Est.: 10.000.859-1

Nº 1 Fator: 7 Contador de Energia: E1H1477002 002-417
Código do Débito Automático: C2002791105

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:
Dez/2018 19/12/2018 21/01/2019 038.287.022-79

UC (Unidade Consumidora): 4/239160-5

Canal de contato

• Emissão da representação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservista, por favor, consulte o site da Energisa para mais informações.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 21/11/18	Data: 19/12/18	1	156	28
14107	12116			
8990	10046			
Demonstrativo				
Tabela de Tarifas (R\$)				
Tarifa	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
0001 Consumo em kWh	156,00	0,737390	115,03	115,03 27 31,05 115,03 1,08 5,04
0001 Ade. B. Amarela		0,73	0,73 27 0,20	0,73 0,01 0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0002 CONTRIBUIÇÃO FISCAL	14,10	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00

Comprovante de residência



CCF Código de Classificação do Item TOTAL 128,86 115,76 31,29 115,76 1,10 5,08

Média últimos meses (kWh): 153 VENCIMENTO 11/01/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 129,86

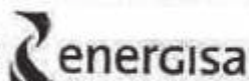
Histórico de Consumo (kWh)											
155	152	149	147	145	142	140	137	135	132	129	126
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18

RESERVADO AO FISCO
324a.9e5e.c746.51b6.8fb2.3c8f.3ec3.bc22.

Indicadores de Qualidade			Campos de Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIG. MENSAL	5,75	0,00	Consumo de Dnt. de Energia a 60	73,73
OC. TR. MENSAL	11,50		Consumo de Energia	29,00
OC. ANUAL	23,00		Consumo de Transmissão	5,77
FC. MENSAL	3,47	0,00	Consumo de Distribuição	10,22
FC. TR. MENSAL	6,93		Impostos, Serviços e Encargos	51,55
FC. ANUAL	13,87		Outros Serviços	0,00
DMP	6,93	0,00		
DGR	12,77			
			Total	128,86

Valor de FURD (R\$) 10/2018: R\$ 41,82

ATENÇÃO: Faturas em atraso



Ligação: MONFASICO
Cl/Sec: RESMTC-E1/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Rotativo: 8-1-409-3142 Referência: Abr/2019
Medidor: 00008182315 Emissão: 10/04/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-220, Km 25 - Costa Radente - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ 08.096.180/0001-42 - Ins. Est. 16.015.623-2

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica LPO23-127.054
Cód. para 045. Automático: 06000000-00

Abr / 2019

10/04/2019

10/05/2019

116.204.934-47

Declaração de Omissão Anual de Débitos.

Conforme previsto na Lei 12.247 de 29 de junho de 2010, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos de regularização de energia elétrica desta unidade consumidora, vencido dos meses de 2015 e 2016 nos seguintes montantes: R\$ 1.000,00 (um mil reais), por meio de comprovante de cumprimento das obrigações do consumidor, em situações de suspensão temporária de fornecimento de energia elétrica referente a débitos anteriores.

Para conferir os dados e informações, consulte o site: www.sp.gov.br, a página Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais.

Data	Letura	Data	Letura	Unió	Unió
12/04/19	0133	10/04/19	0080	1	29

CD	Descrição	Quantidade Teórica	Valor Base do Ativo	Valor Base do Passivo	Valor Base do Patrimônio Líquido	Valor Base do Ativo	Valor Base do Passivo	Valor Base do Patrimônio Líquido
0001	Consumo em div.	328.310	3.544.403	208,22	208,22	0	77,22	208,22
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA		14,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2018		1,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2018		1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 02/2018		4,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2018		5,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	2ª VIA CREA 150 02/2018		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCF: Código de Classificação do Izm	TOTAL	316,13	788,72	77,27	288,22	3,10	19,28
Taxa de Tributos	07132						

17/04/2049

RS 3154

202	264	282	291	298	303	322	337	353	347	281	317
Apr/15	May/15	Jun/15	Jul/15	Aug/15	Sep/15	Oct/15	Nov/15	Dec/15	Jan/16	Feb/16	Mar/16

RESERVADO AO FISCO

c451.d7c5.de1a.8f94.9c2e.9fe9.7059.4809

Composição do Consumo		
Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Out. da Embr. - PS	87,91	21,57
Compra de Energia	98,35	24,35
Serviços Transp. 2005	30,75	7,63
Emprego de Mão de Obra	16,29	4,10
Material de Consumo	129,57	32,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	316,13	100,00

Valencia 61.500.000 2/2004 1.000.000

Renercisa PARALISA

Protocol 5-1-439-3140
Matricule: 280011-2018-04-5

17/04/2019

RS 315-16

836500000003-6 15130149000-0 02800122019-4 04600001019-2



COMPREV
17 MAR 2019

COMPREV
MPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 MAIO 2019

PROTUCOLO
JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviane do Silveira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624/69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Sérgio de Oliveira Chaves inscrito
(a) no CPF sob o Nº 074483104/02, do sinistro de DPVAT cobertura mod. 03 da Vítima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 1/8, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98893-0310</u>

João Pessoa, 24 de 04 de 2019
Local e Data

Flaviane do Silveira Gomes
Assinatura do Declarante

P1 Rubens Frank Jr Pt

Documentação médico - hospitalar

Laudo Médico



O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado lesões de nível cervical do 'cervico e segund bi subnótico à tratamento iniciado em 01/12/2018. Atualmente em acompanhamento ambulatorial.

UDIO = 543. L
03/02/19

Data

Médico
Dr. Felipe Suetes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RO 7451
RPM-RO 21025

Requerimento de Benefício por Incapacidade

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 193373180
Beneficio nº: 6258826133
Data: 10/12/2018

--- Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP): 12731849446

Nome: RUBENS FRANKLIN PAZ

Endereço: R TEREZINHA CARLA AGRA DE MEDEIROS N. 240

Bairro/Município/UF/CEP: TRES IRMAS / CAMPINA GRANDE / PB / 58423775

Agência: CAMPINA GRANDE DINAMERICA

Endereço da Realização da Prova: AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S N

Bairro/Município/UF/CEP da Prova: SANTA ROSA / CAMPINA GRANDE / PB / 58416680

Exame médico-perícia: 14/12/2018 07:00

agendada para:

CNPJ, CGC ou CEF: 03953578000103

Data do último dia de trabalho: 23/11/2018

Térmo de Responsabilidade

1. Confirmando a data do último dia de trabalho
03.953.579/0001-03
 Central de Velórios e Viagem Ltda.
 Carimbo e Assinatura
 Responsável pela Empresa
 RUI DA SILVA PEDRO LACERDA
 RUI DA SILVA PEDRO LACERDA
 São José - CEP 58107-615
 Observação: **CAMPINA GRANDE-PB**
 Data: **12/12/18**
Rubens Franklin Ritz
 Assinatura

2. Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:

- Documento de IDENTIDADE Original;
- EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possuir;
- Se segurado, exato doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
- Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
- Se segurado associado/trabalhador rural, apresentar a documentação que comprove a atividade;

3. A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção do local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.

3. Para que a Previdência Social possa localizá-la(s), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encuestas

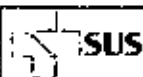
Impetumir

v2.13.13 - build-time 2017-12-05T16:22:38Z

MPS + INSS

Segunda-feira, 10 de Dezembro de 2018

Data da internação: 25/11/2018 Hora: 07:53:17



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

7 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
RUBENS FRANKLIN PAZ

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1780706

7 - CARTÃO DO SUS
701207083828319

8 - DATA DE NASCIMENTO
22/10/1980

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DAS NEVES PAZ

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 999225331

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PROF JUBERLAN MONTEIRO, 240, TRES IRMAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - COD. MUNICÍPIO
250400

15 - UF
PB

16 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de moto às 14h e de + deformidades
acutno (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

RX anamiose

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LAC a (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/11/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
HALLISSON BARROS DE ALMEI
CRM - PB 2556

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO VEHÍCULO

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - COOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 25/11/2018 Hora: 07:53:17



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

RUBENS FRANKLIN PAZ

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1780706

7 - CARTÃO DO SUS

701207083828319

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/10/1980

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DAS NEVES PAZ

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 999225331

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PROF JUBERLAN MONTEIRO, 240, TRES IRMAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de moto de 1h e 1/2 de altura + deformidade
local no (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

12 X avançado

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/11/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HALLISSON BARROS DE ALMEI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Nº 9-62

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	RUBENS FRANKLIN LOPES		
End:	Av. Pared. Gilberto K. Ribeiro	Bairro:	740 A
Data de Nascimento:	22.10.80	Documento de Identificação:	715.311.000
Quêixa:	Data do Atendimento: 25.11.18 Hora: 7:10 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

MC - de 1100

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
CORREN 830644

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rubens Franklin PAZ Registro: Leito: 3-4 Setor Atual: INT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rubens Franklin Roz Registro: Leito: 34 Setor Atual: Ortop I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rubens Franklin Registro: 3 Leito: 4 Setor Atual: OTJ

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Diagnóstico

LA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: **Antônio Francisco da Silva**

Recebido do C.C. de 188

Alojamento:

Leito:

Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/10/13	1) Dieta por via oral (comprimento)	08:00	DI de laboratório de jejuno
	2) 100% de suco de laranja	18:00	para LA
	3) Dieta de 100% de suco de laranja	18:00	Prontidão em internação
	4) 100% de suco de laranja	18:00	
	5) 100% de suco de laranja	18:00	
	6) 100% de suco de laranja	18:00	
	7) 100% de suco de laranja	18:00	
	8) 100% de suco de laranja	18:00	
	9) 100% de suco de laranja	18:00	
	10) 100% de suco de laranja	18:00	
	11) 100% de suco de laranja	18:00	
	12) 100% de suco de laranja	18:00	
	13) 100% de suco de laranja	18:00	
	14) 100% de suco de laranja	18:00	
	15) 100% de suco de laranja	18:00	
	16) 100% de suco de laranja	18:00	
	17) 100% de suco de laranja	18:00	
	18) 100% de suco de laranja	18:00	
	19) 100% de suco de laranja	18:00	
	20) 100% de suco de laranja	18:00	
	21) 100% de suco de laranja	18:00	
	22) 100% de suco de laranja	18:00	
	23) 100% de suco de laranja	18:00	
	24) 100% de suco de laranja	18:00	
	25) 100% de suco de laranja	18:00	
	26) 100% de suco de laranja	18:00	
	27) 100% de suco de laranja	18:00	
	28) 100% de suco de laranja	18:00	
	29) 100% de suco de laranja	18:00	
	30) 100% de suco de laranja	18:00	
	31) 100% de suco de laranja	18:00	
	32) 100% de suco de laranja	18:00	
	33) 100% de suco de laranja	18:00	
	34) 100% de suco de laranja	18:00	
	35) 100% de suco de laranja	18:00	
	36) 100% de suco de laranja	18:00	
	37) 100% de suco de laranja	18:00	
	38) 100% de suco de laranja	18:00	
	39) 100% de suco de laranja	18:00	
	40) 100% de suco de laranja	18:00	
	41) 100% de suco de laranja	18:00	
	42) 100% de suco de laranja	18:00	
	43) 100% de suco de laranja	18:00	
	44) 100% de suco de laranja	18:00	
	45) 100% de suco de laranja	18:00	
	46) 100% de suco de laranja	18:00	
	47) 100% de suco de laranja	18:00	
	48) 100% de suco de laranja	18:00	
	49) 100% de suco de laranja	18:00	
	50) 100% de suco de laranja	18:00	
	51) 100% de suco de laranja	18:00	
	52) 100% de suco de laranja	18:00	
	53) 100% de suco de laranja	18:00	
	54) 100% de suco de laranja	18:00	
	55) 100% de suco de laranja	18:00	
	56) 100% de suco de laranja	18:00	
	57) 100% de suco de laranja	18:00	
	58) 100% de suco de laranja	18:00	
	59) 100% de suco de laranja	18:00	
	60) 100% de suco de laranja	18:00	
	61) 100% de suco de laranja	18:00	
	62) 100% de suco de laranja	18:00	
	63) 100% de suco de laranja	18:00	
	64) 100% de suco de laranja	18:00	
	65) 100% de suco de laranja	18:00	
	66) 100% de suco de laranja	18:00	
	67) 100% de suco de laranja	18:00	
	68) 100% de suco de laranja	18:00	
	69) 100% de suco de laranja	18:00	
	70) 100% de suco de laranja	18:00	
	71) 100% de suco de laranja	18:00	
	72) 100% de suco de laranja	18:00	
	73) 100% de suco de laranja	18:00	
	74) 100% de suco de laranja	18:00	
	75) 100% de suco de laranja	18:00	
	76) 100% de suco de laranja	18:00	
	77) 100% de suco de laranja	18:00	
	78) 100% de suco de laranja	18:00	
	79) 100% de suco de laranja	18:00	
	80) 100% de suco de laranja	18:00	
	81) 100% de suco de laranja	18:00	
	82) 100% de suco de laranja	18:00	
	83) 100% de suco de laranja	18:00	
	84) 100% de suco de laranja	18:00	
	85) 100% de suco de laranja	18:00	
	86) 100% de suco de laranja	18:00	
	87) 100% de suco de laranja	18:00	
	88) 100% de suco de laranja	18:00	
	89) 100% de suco de laranja	18:00	
	90) 100% de suco de laranja	18:00	
	91) 100% de suco de laranja	18:00	
	92) 100% de suco de laranja	18:00	
	93) 100% de suco de laranja	18:00	
	94) 100% de suco de laranja	18:00	
	95) 100% de suco de laranja	18:00	
	96) 100% de suco de laranja	18:00	
	97) 100% de suco de laranja	18:00	
	98) 100% de suco de laranja	18:00	
	99) 100% de suco de laranja	18:00	
	100) 100% de suco de laranja	18:00	

UN. F. 100% de suco de laranja
 UN. F. 100% de suco de laranja
 UN. F. 100% de suco de laranja

03.12.18 Joh PA 140 x 90 units

PCh au...pos op...meduato.
Sequi sem quicunqz ali'o momento

01/12. 03:00h pit queta - de de
coloni au mendo cabunguati
muit-P. n.

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-4

Nº PRONTUÁRIO: 1780706

RUBENS FRANKLIN PAZ

LACE

LEITO 3-4

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO ; SUSP

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SUSP

3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN

4 TRAMAL 100mg + SFQ 9% 100ml EV 8/8H SN

5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

6 RANITIDINA 1FA + AD EV 12/12H

7 FISIO MOTORA

8 SSVV+CCGG MN

9 RANITIDINA 750mg VO 8/8H

REG. ESTÁVEL, SF DISTINGUINDO

cd: VPM

02.00.00

12.00.00

14.00.00 C.C. 22.00

Ver anexo.

01/12

17/12/2019

01.12.18. Pte em BEG

Aguardando chamada do EC.



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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

**GOVERNOR
DAPARALEA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISÃO DE EXAME

NOME:	Dubois	Troukin	Paz
IDADE:	SEXO: ☒ M ☐ F	COR: ☐ B ☐ P ☐ A	PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF.: LEIT.
PRONTUÁRIO: 589			

DAOS CLÍNICOS:

20

SECRET

EXPERIMENTAL

EXAMES SOLICITADOS:

fix de airo (2 AP)

URGÊNCIA:

ROUTINA:

DATA: 031219

HORÁ DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Felipe Cuevas
CRM 21135
Col. 25 2002



**GOVERNO
DA PARÁ**

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

Nome do Paciente <u>Roberto Franklin Paz</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>01/02/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr Felipe Avelas</u>	1º Auxiliar <u>Dr Geraldo</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <u>DR Valeria</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>Luxação zênitoclavicular (LZC)</u>			
Tipo de Operação			
<u>Redução cirúrgica p/ LZC</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>O rem</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Pto em cadeira de prova sob anestesia
2) Anestesia tempos estreitos
3) Início para o zênito e Articulado zênito clavicular e do mesmo lado
4) Drenagem por planos + drenagem contínua
5) Redução de LZC e estabilizado com fio de K
6) Início de zênito n. 1.0 em pto pro coracóide
7) Anestesia em clavícula + ligamento SFU, ex
8) Sutura por planos + drenagem



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Rubens Francisco da Silva	Idade: 38 anos
Convênio: SUS	Data: 01/12/2018
Procedimento: Anestesiologia de Intenso	
Cirurgião: Dr. Felipe	Auxiliar: Dr. Agnaldo
Anestesista: Dr. Samara	
Início: 14h:50	Término: 15h:25
Anestesia Bloqueio Intenso	

[illegible][illegible]

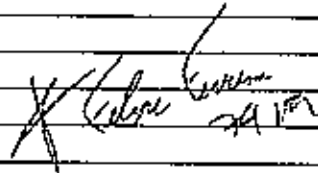
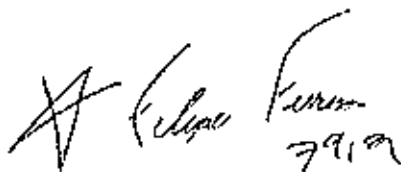
Observações:	
	
Assinatura Anestesista	Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


7919

Assinatura do anestesista

Alergia
D.O. nome

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Roberto Franklin Paz / DN. 22.10.1980</u>					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 04</u>	<u>Sus</u>	<u>38 anos</u>	<u>1780694</u>		
CIRURGIA: <u>Osteossíntese do ombro</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Felipe</u>				
ANESTESIA: <u>MSB</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Vanessa</u>				
INSTRUMENTADORA		DATA: <u>01.12.2018</u>	INÍCIO: <u>14h.50'</u>	FIM: <u>15h.26'</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	40	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Intera ml midazolam 10mg		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Mercaina 20% ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavilon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Q'S	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido Km		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Q'S	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Titionembital ml		Intracath Adulto	01	Mononylon	2.0
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
03	Agua Destilada amp. 20ml		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp. 10mg		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix	10
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocorid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	3.0	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.		Potilix			
	Haemacet ml	Q'S	PVPI Degemante ml			
	Heparoma ml		PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.	04	Saco coleler	01	SG-Normotermico fr 500 ml	
	Mediolinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Flaxil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG Hipertermico fr 500 ml	
	Protamina 10mg		Seringa desc. 05 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml	
	Sutplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01	Ancora TM	
	Indocoma 4cm		Sonda Uretal n°			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
			Vaselina ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18			
	Agulha desc. 25 x 7		Latex			
	Agulha desc. 28 x 28	01				
	Agulha desc. 3 x 4.5	01	Eletrodos			
	Agulha p/ raque n°					
Q'S	Alcool de Entermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Aladuras de Crepon					
	Aladuras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	(X) Eletrocaulêrio
() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José R. Claudino
T.O. Edmundo
COREN-PI 220711

Dr. Felipe Holanda de Sá
+ Dr. C. F. Lima
COREN-PI 220711

PEIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

1º DO PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TEL / FAX / E-MAIL:

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

ANCORA IOL 5.0 - M

01

IOL IMPLANTES LTDA.

Modelo Comercial:

PR. ANCORA IOL 5.0

IMM 2 FIBER

Código: 40085000020

Lote: 0344017

ANVISA: 10220680071

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Felipe Gusões
 CRM/PE 7451
 CRM-PE 21020

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Kubem, Franklin Bazy</u>			IDADE: <u>58a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	
DATA: <u>01.12.18</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>151x44-45</u>	PULSO: <u>110 bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>2.6 x 12 cm</u>	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:		
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMATÓCITOS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:		
URINA:								
AP. RESPIRATÓRIO: <u>inspúncio</u>					ASMA:	BRONQUITE:		
AP. CIRCULATÓRIO: <u>mdm</u>					ELETROCARDIOGRAMA:			
AP. DIGESTIVO: <u>jejum</u>			DENTES:	PESSOÇO:	AP. URINÁRIO:			
ESTADO MENTAL: <u>ansioso</u>			ANABAXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA: <u>insuço, diplo D. pr. am.</u>	HIPOTENSORES:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de clavícula E</u>					ESTADO FÍSICO: <u>ASA II</u>	RISCO:		
ANESTESIAS ANTERIORES:								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>Midazolam 10mg</u> <u>14.20h</u>				APLICADA AS:	EFEITO:			
TESTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
					MANUTENÇÃO ① <u>Propofol 10mg</u> ② <u>Alfentanil 8mg</u>			
CÓDIGOS VP - ANEST. O - PULSO, O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim <u>X</u> Não _____ Não, por quê? _____			
					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obs.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	ECG = RS SpO2 = 100% <u>0-2-2-2</u>							
POSICÃO	<u>Pe DDH; 110R, 11AS; Os SW</u>							
AGENTES	<u>Locoína 0.1V 40ml + Vincalína 0.1V 20ml + AD 20ml</u>							
TÉCNICA	<u>Blow. plevo intubação E.</u>					CÂNULAS:		
OPERAÇÃO	<u>Redução de clavícula E</u>							
CIRURGIÕES	<u>Dr. Samira Silveira, dip Dr. Felipe</u>							
ANESTESISTAS	<u>Dr. Samira</u>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

Ph. 150x90

Chart Date 19/10/2018

Auger was in the center of

the auger hole with the

across from the center of

the hole

EF

25/11/18 as 20:00hrs

Prostate adenitis with

cells from the prostate

specimen. The cells are

of the prostate gland.

Ana Maria Caraceni Falcão
COREN-PB 177.451-1E

✱

indicated on the

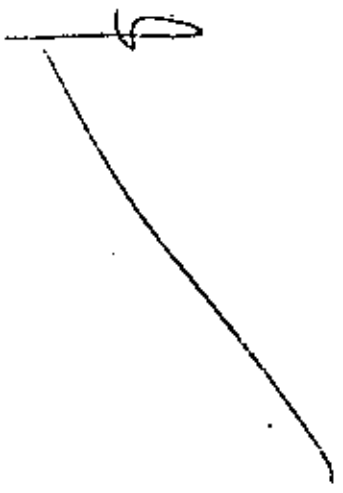
18/25

14514 V3 Quilom. 18/07/2

14514 V3 Quilom. 18/07/2

14514 V3 Quilom. 18/07/2

14514 V3 Quilom. 18/07/2



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LAC à (E)

8

Paciente	Rubens Franklin	Alojamento	3	Leito	4	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
25/11	Dieta Líquida SFO 5% 1000ml EV p/ 124h Dipirona 1g + AD EV 616h Paracet 20 + AD EV 12112h Tylenol 30mg 0116h - 50h Tibalc 400mg SAR + CCB6	V 18 18 18 18 18 18	Atmicos pt adutrois ap/ treus pt acidente de ulabos he + Iba c/ dnt + deformada de/ seu ombro (E) Neg alergia Cd. Exceus pré op Interv p/ br curatiga VEM				
			Hailisson Barros da Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562				

DATA - 26-11-18

HORA - 10:00

P.A. 120x80

Pacientă consuetă
ovulata mediu

afecțiune cinghă
e seprim aco

crisele de cinghă

Județul de Buzău
CORER-100-TE

DATA - 26-11-18

HORA 20:00

P.A. 120x70

Pacientă mediu

e seprim aco

crisele de cinghă

Județul de Buzău
CORER-100-TE



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____

pessoa responsável pelo doente _____

dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

12.12.2018 27/11/18
Per consciente orientado filho
SSur com AP em dia medicado
em bem quixas aguarda cirurgia

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: *Otopedica em cuidados de enfermeira*

Maria Menina Godinho
COREN-PB 304.358-TE

O abaixo assinado _____

pessoa responsável pelo doente _____

reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

27/11/18 às 20h00
Paciente segue em
cuidados da enfermeira
maria menina

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

O abaixo assinado _____

pessoa responsável pelo doente _____

certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____

pessoa responsável pelo doente _____

reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-4

Nº PRONTUÁRIO: 1780706

RUBENS FRANKLIN PAZ

LACE

LEITO 3-4

27/11

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H ~~12/12~~ ~~24/24~~
- 3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 5 TILATHL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 6 RANITIDINA 1FA + AD EV 12/12H (12) ~~24/24~~ F
- 7 FISIO MOTORA QG
- 8 SSVV-CCGG

EG B, extenal, em completa carga

CD: UPM

1

Dr. Ruben Franklin A. Cruz
Médico Assistente
da Ortopedia e Traumatologia

Dr. Ruben Franklin A. Cruz
Médico Assistente
da Ortopedia e Traumatologia

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIAL

OPME

Especialidade:

() Ortopedia () Buco-Maxilo-Facial () Neurológica () Urologia

PACIENTE:

ENFERMARIA:

PATOLOGIA:

DATA DA CIRURGIA:

MATERIAL:

INDICAÇÃO:

MÉDICO SOLICITANTE 1:

MÉDICO SOLICITANTE 2:

Campina Grande, ____/____/20__

LEITO 3-4

RUBENS FRANKLIN PAZ

(Alénico)

(Alengico) 10/10/10

58/5

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/5H

3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EVB/8H 5M

4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H SN ↑

5 THLATIC 20MG + ABD EV 12/12H SN

6 RANITIDINA 1FA + ADEV 12/12H

7 FISIQ MOTORA

GGJJ+NNSS R

Dr. Edgar Allan Poe

④ Finden Sie 25 mg 01 up 60 10/12/14.

② Fortington 10/10/98 MS Anguilla 20

LEITO 3-4

ECG, external, no complications

CD: PM

Dr. Euler, Edmundo A. Cruz

28/11/18 at 8:00

PA 130 x 80

8/11/18 ds 20:00

06X027 Ad

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento. 23/11/18

RA - 130/80

Em, _____ de _____ de _____

paciente, evolui sem complicações
aguarda cirurgia.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

Assinatura
Isabel Cristina de Albuquerque
COREN 25.174.938-1E

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-4

Nº PRONTUÁRIO: 1780706

RUBENS FRANKLIN PAZ

LACE

✕

LEITO 3-4

29/11

- 1 DIETA LIVRE
- 2 FELCO SALINIZADO SUSP
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SUSP
- 3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 4 TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8H SN
- 5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 6 RANITIDINA 1FA + AD EV 12/12H SUSP
- 7 FISIO MOTORA
- 8 SSW+CCGG

9 Paracetamol 350mg VO 8/8h 4x 0x.

Bebê, atestado, em atendimento
C.O.Vim

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDIA - TRANSMISSÃO
C.R.C.P.S. 38007

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDIA - TRANSMISSÃO
C.R.C.P.S. 38007

MÉDICO SOLICITANTE 2:

MÉDICO SOLICITANTE:

INDICACAO:

MATERIAL:

DATA DA CIRURGIA: 30/11/77

PATOLOGIA:

~~CONFIDENTIAL~~

SECRET

Especialidades:

() Ortopedia () Buco-Maxilo-Facial () Neurológica () Urología

OPME

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIAL

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luís Gonzaga Fernandes

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-4

Nº PRONTUÁRIO: 1780706

RUBENS FRANKLIN PAZ

30/11

1 DIETA LIVRE 2800 APÓS 228

2 SUCO SALINIZADO SUSP

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SU 5 P

3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN

5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12h SN

6 RANITIDINA 1FA + AD EV 12/12H

7 FISIO MOTORA

8 SSVV+CCGG

9 Paracetamol 750mg no 8189 14 228

Dr. Elio Carlos A. G. G. G.
RUBENS FRANKLIN PAZ
30/11/11

LACE

LEITO 3-4

Bolo, 2800, 228

CS: Vm

1

6

Dr. Elio Carlos A. G. G. G.
RUBENS FRANKLIN PAZ
30/11/11

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde:	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente:	
5 - NOME DO PACIENTE RUBENS FRANKLIN PAZ	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1780706
7 - CARTÃO DO SUS 701207083828319	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/10/1980
9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS NEVES PAZ	11 - TELEFONE DE CONTATO 83 999225331
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) PROF JUBERLAN MONTEIRO, 240, TRES IRMAS	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - Cód. ICBM Município 250400
15 - UF PB	
16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Queda de moto às 14h c/ dor + deformidade no cintura (E)	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX anamiose	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL LAC a (E)	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706500355121696
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE ALMEI	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/11/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) HALLISSON BARROS DE ALMEI CRM-PB 136105	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO EMPLETO 	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR 	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	

⑤ enclosed
Please be informed that a copy of the above
document is being forwarded to you for information.

Respectfully,
Yours truly,

⑤ JAC
is X enclosed

1



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-020

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES	BAE 1124994	Data/Hora Entrada 26/11/2018 03:57:00
Data de nascimento 04/09/1994	Idade 24a 2m 22d	Sexo Masculino
Mãe MARIA APARECIDA DE QUEIROZ	CNS 700501135488452	
Endereço JOSE AUGUSTO GOMES DA SILVA, SN	Bairro AUGUSTO BERNARDO	Município PILAR
Acidente CAMINHÃO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional EMERSON OLIVEIRA DE SOUZA
Data/Hora Classificação 26/11/2018 08:57:30		Data/Hora Prescrição 26/11/2018 03:10:00

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CAMINHÃO-BICLETA, TRAZIDO EM PRANCHA POR EQUIPE DE SOCUROS. CERVICAL. REFERE DOR EM OMBRO E E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO. REFERE QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS - CERVICAL SEM CREPITAÇÕES OU DOR À PALPAÇÃO, PORÉM DOLOROSA À FLEXÃO;

B: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE DE BOMAS, SEM DOR À PALPAÇÃO; COM MV+ AHT, SEM RA;

C: ABDOMEN PLANO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL E INDOLOR, SEM SINAIS DE AHT. O Fígado e o baço não são palpáveis; ESTÁVEL À MANOBRAS DE MOBILIZAÇÃO LÂTERO-LATERAL;

D: ECG 15 - RP 0 = 15;

E: DOR À PALPAÇÃO DE OMBRO/CLAVÍCULA E; DEFORMIDADE REGIÃO DE MOTO LADO ESQUERDO.

CD:

1) ANALGESIA;

2) RX TÓRAX/BACIA/TIBIO-TÁRSICA;

3) TC DE CRÂNIO E CERVICAL;

4) FAST;

5) AVALIAÇÃO PELA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6h

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL (AMPOLA 3ML), ADMINISTRAR 3,0 ML VIA E.V., 6/6h

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Bolém registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 26/11/2018 08:58:10

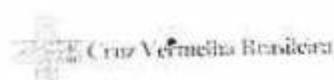
Código	Descrição

Conduta

Em observação

PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

EMERSON ALVES DE SOUZA



Hospital Estadual de Emergência
Senador Humberto Lucena

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, CNES 245

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES		BAE 1124994	Data/Hora Entrada 26/11/2018 08:57:10
Data de nascimento 04/09/1994	Idade 24a 2m 22d	Sexo Masculino	CNS 70050113548845
Mãe MARIA APARECIDA DE QUEIROZ			
Endereço JOSE AUGUSTO GOMES DA SILVA, SN		Bairro AUGUSTO BERNARDO	Município PILAR
Acidente CAMINHÃO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARAUJO OLIVEIRA
Data/Hora Classificação 26/11/2018 08:57:30		Data/Hora Prescrição 26/11/2018 11:04:00	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CAMINHÃO-BICILETA. TRAZIDO EM PRIMEIRA AJUDA POR CERVICAL. REFERE DOR EM OMBRO E E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO. REFERE QUEIXA DE DOR EM OMBRO E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DIAFISARIA DE PERNA DIREITA.

CONDUTA:

- 1- ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO
- 2- CURATIVO E TALA COXA PODALICA

CUIDADOS

CURATIVO

PROCEDIMENTO

BOTA TALA

CID10

Código	Descrição
S82.2	Fratura da diáfise da tíbia

Conduta

Em observação

Dr. Luiz Juvêncio
Ortopedia e Traumatologia
RUA PB 3637 / TEL 15222

PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARAUJO OLIVEIRA

Transf. P/
Ortopedia

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES		BAE 1124994	Data/Hora Entrada 26/11/2018 08:57:30	Data Baixa
Data de nascimento 04/09/1994	Idade 24a 2m 22d	Sexo Masculino	CNS 700501135488452	Telefone de Contato (83) 987903916
Mãe MARIA APARECIDA DE QUEIROZ				Prontuário
Endereço JOSE AUGUSTO GOMES DA SILVA, SN		Bairro AUGUSTO BERNARDO	Município PILAR	UF PB
Acidente CAMINHAO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	Nº Cons. Regional 6018/PB
Data/Hora Classificação 26/11/2018 08:57:30			Data/Hora Prescrição 26/11/2018 11:50:05	

Anamnese

ACIDENTE CICLISTICO; NEGA CEFALIA OU CERVICALGIA; REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO E PERNA DIREITA.

AO EXAME: GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.

TC DE CRANIO: N.D.N.

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Alta em NCh

[Assinatura]

PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(: 6018/PB)

Data:	26/11/18 11:05
Usuário:	LUIZ JUVENCIO
Bolém:	1124994

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES	Data de:	04/09/1994	Idade:	24a 2m 22d	Sexo:	MASCULINO	Nº:	1124994	Nº Prontuário:	26/11/2018 11:04:00
Motivo do Atendimento:	Enfermeira / Ueto	Validade da Prescrição:	26/11/2018 11:04:00 - 27/11/2018 11:04:00								
Convenio:	SUS	Matricula:	Senha								

Data da internação:	26/11/2018 08:57:30	Data da internação:	26/11/2018 11:04:00	Permanência no:	2h 8min	Permanência no:	
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-----------------	---------	-----------------	--

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	CURATIVO	0,0					
---	----------	-----	--	--	--	--	--

Reimpresso por: -
dia: -

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA
CRM: 8637

Dr. Luiz Juvenio
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8637 / FEO 1382

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES		Prontuario
Data de 04/09/1994	Nº Boletim Emergencia 1124994	
Material a examinar		
Data Prescrição: 26/11/2018 09:10:47		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
(DIREITA)

CRANIO + CERVICAL

26.11.18
09:50

Wesley

Paulo Sergio de Queiroz Chaves

MR Carlos

CRM 11580

RAIOS-X	
DATA	26/11/18
HORA	10:20
MOVIMENTO RAO	Exatidão
ASS.	

FAST
26.11.18
09:25h
RRESS-
Dr. Igor

15
E
Luz verde é
para P.

Parecer Médico

Nome	Idade	Profissão
PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES	24A 2M 22D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1124994	26/11/2018 08:57:30	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL

Parecer médico

Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	

Motivo da solicitação

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CAMINHÃO-BICILETA, TRAZIDO EM PRANC. REFERE DOR EM OMBRO E E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO. REFERE QUEIXA DE DOR EM JOELHO E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

- A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS - CERVICAL SEM CREPITAÇÕES OU DOR À PALPAÇÃO;
 B: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE;
 PALPAÇÃO: COM MV+ AHT, SEM RA;
 C: ABDOMEN PLANO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL E INDOLOR, SEM SINAIS DE PERITÔNIO;
 D: ECG 15 - RP 0 = 15;
 E: DOR À PALPAÇÃO DE OMBRO/CLAVÍCULA E; DEFORMIDADE RECIÃO DE

CD:

- 1) ANALGESIA;
- 2) RX TÓRAX/BACIA/TIBIO-TÁRSICA;
- 3) TC DE CRÂNIO E CERVICAL;
- 4) FAST;
- 5) AVALIAÇÃO PELA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

Parecer



Parecer Médico

Nome	Idade
PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES	24A 2M 22D
Boletim de Atendimento	Data de Entrada
1124994	26/11/2018 08:57:30
Convênio	Leito
SUS	
	Clinica
	CIRURGIA GERAL

Parecer médico

Profissional

Especialidade

ORTOPEDIA

Motivo da solicitação

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CAMINHÃO-BICLETA. TRAZIDO EM PRANCIA. REFERE DOR EM OMBRO E TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERCIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO. REFERE QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO DIREITO. NEGA ALERCIAS OU USO DE MEDICAÇÕES.

A. VIAS AEREAS PÉRVIAS - CERVICAL SEM CREPITAÇÕES OU DOR À PALPAÇÃO.

B. RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE À PALPAÇÃO; COM MV+ AHT, SEM RA;

C. ABDOMEN PLANO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL E INDOLOR, SEM SINAIS DE ESTÁVEL À MANOBRAS DE MOBILIZAÇÃO LÁTERO-LATERAL;

D. ECG 15 - RP 0 - 15;

E. DOR À PALPAÇÃO DE OMBRO/CLAVÍCULA E; DEFORMIDADE REGIÃO DE ANTECUBITO;

CD:

- 1) ANALGESIA;
- 2) RX TÓRAX/BACIA/TIBIO-TÁRSICA;
- 3) TC DE CRÂNIO E CERVICAL;
- 4) FAST;
- 5) AVALIAÇÃO PELA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

Parecer

Data:	26/11/2018 09:10
Usuário:	EMERSON
Bolêim:	1124994



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES	Data de	04/09/1994	Idade	24a 2m 22d	Sexo	MASCULINO	Nº	1124994	Nº Prontuário	Data Prescrição	26/11/2018 09:10:47
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito									Validade da Prescrição	26/11/2018 09:10:00 - 27/11/2018 09:10:00
Matrícula		Senha										
Convenio	SUS	Data da entrada:	26/11/2018 08:57:30	Data da Internação:		Permanência na	13min					Permanência no

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

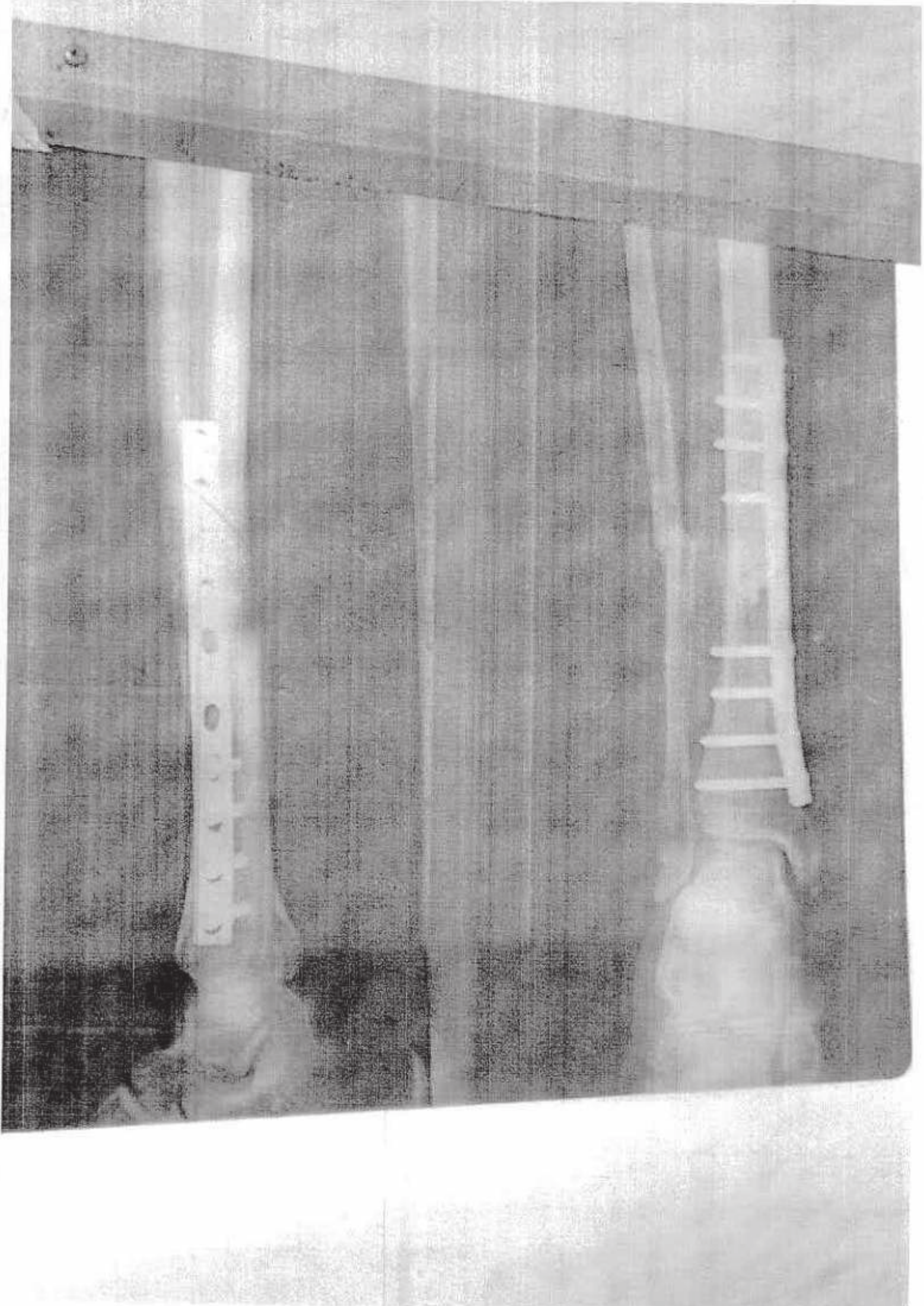
1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
2	DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL (AMPOLA 3ML)	3,0	ML				

Reimpresso por: -
dia: -

EMERSON CARVALHO DE MENEZES
 CRM 4829

Donaldo Batista
 COREN 318.572 - EMF

Assinatura e Carimbo do Profissional



CERTIDÃO

Nº. 0520/2019

Atendendo solicitação de **PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 185116 e Prontuário nº 2018.11.003440 pertencente ao requerente foi atendido dia 26/11/2018 às 14h46min, vítima de caminhão x bicicleta, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/11/2018 com alta médica dia 28/11/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de abril de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 185116 Atd: Nao Regula
Data: 26/11/2018
Hora: 14:46:43
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.11.003440

CNS: 700501135488452 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987903916

Natural: PILAR/PB Data Nasc.: 04/09/1994 Id: 24 ano(s)

End.: JOSE AUGUSTO GOMES DA SILVA, 00PACIENTE SEM DOCUMENTO TRAZIDO PELA ENFERMEIRA DO TRAUMA

Bairro: CENTRO Cidade: PILAR UF: PB

Mae: MARIA APARECIDA DE QUEIROZ

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

Tel/Doc. Responsavel: 987903916 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO AS 08:50CAMINHAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

FRATURA EXPOSTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

VITIMA DE COLISAO BICICLETA COM CAMINHÃO, HA ODIOS ATRAZ
EM CAMINHÃO DO TRAUMA.

Diagnostico

[] Conduta

FX EXP. OSTEOS DA PERNA. RX.

Prescricao

[] Horario da medicacao

DO BLOCO CIRURGICO

FIXAÇÃO EXTERNA

Dr. Yuri Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 11507

AO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

imagem

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

e/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES						CNS 709501135488452	Prontuário
Data de Nascimento 04/09/1994	Idade 24A 2M 22D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA APARECIDA DE QUEIROZ			Nome da Pai JOSE BENEDITO CHAVES				
Endereço JOSE AUGUSTO GOMES DA SILVA			Bairro AUGUSTO BELARIN			Cep 56338000	
Município PILAR - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 967903916	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 22165760	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL	AP	Endereço PRACA CALDAS GRACIAU, S/N, JARDIM DAS ACACIAS, JOAO PERDIDA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares ENCAMINHADO PARA O TRAUMINHA, VIDE ORTOPEDIA		
CID T14.9	Data de encaminhamento 26/11/2018 12:40:05	

Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM: 1021 CREMPE: 1403



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 26 / 11 / 18

Nome: PAULO SERGIO AUGUSTO CHAVES
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / _____
Escolaridade: _____

QPD: FERIMENTO e DEFORMIDADE EM PELE.

HDA: VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA X CAMINHÃO, COM
FERIMENTO EM PELE NA D. ENCAMINHADO DO TRAUMA
COM 8 hs DE EVOLUÇÃO

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) paciente em decúbito dorsal =
durante o dia;

2) preparação + antisséptico;

Incisão:

3) alongamento de cerca 2 cm

4) alongamento de 1 cm

Achados:

5) lesão de grau 2

6) lesão de grau 3 +
reforço de tecido de preenchimento

Conduta:

7) lavagem com solução de 5%

8) fechamento da ferida com
+ pontos de sutura + 08 pontos de
sutura + 08 pontos de sutura

9) alongamento de 2 cm

Fechamento:

10) alongamento de 2 cm

11) alongamento de 2 cm

Data:

26.11.16.

Dr. Francisco Karley S. Palma
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804

MÉDICO/CR

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: rx exposta ossos da perna @.Conduta: AO BLOCO CIRURGICO P/ LMC + FIXAÇÃO. ATENÇÃO

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB: 11507

Da Assessoria



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: RUBENS FRANKLIN PAZ

DOC. IDENTIDADE / OPC. INTERIOR Nº: 2565253 **SSP**

CPF: 038.287.024-73 **DATA NASCIMENTO:** 22/10/1980

RENÇÃO: RODAO FRANCISCO PAZ
 MARIA DAS NEVES PAZ

FORMAÇÃO: ☒ **AD**

TIPO: 03788585506 **VALIDADE:** 17/05/2021 **1ª EMISSÃO:** 20/02/2006

Observações:

Assinatura do Portador: *Rubens Franklin Paz*

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*

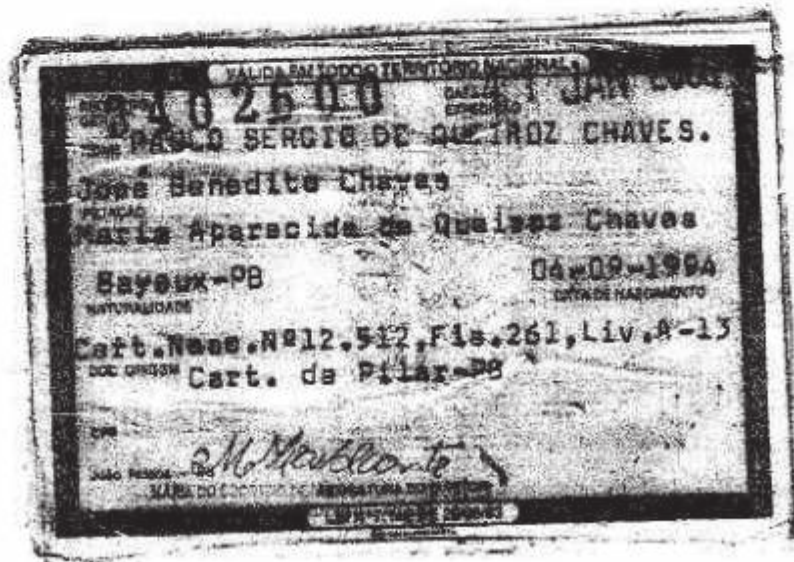
LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB **DATA EMISSÃO:** 21/08/2017

82546858524
PB035176075

PARAIBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1494477335

PROIBIDO PLASTIFICAR
1494477335



26/11/12
1124994
deapilam





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFICO
 DE VEHICULOS AUTOMOTORES

VALIDA EM TODAS
 O TERRITORIO NACIONAL
 1009081628

01/10/2018 09/05/2019

1009081628

DETRAN-PE (PARAIBA)

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 27 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

Função
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ATA GLOBA DA SILVA CÂMARA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA NASCIMENTO
15/08/1984

CPF
046.879.824-63

RG
12791/2529

2871198 - SCSPPB
Ordem de Brasília e Terceira

Assinatura

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07°41734

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA PASSAGENS EMS LEGAIS
DATA DE VALIDADE 15/08/2019

DEPARTAMENTO DE PORTUGAL

Assinatura de Flávia Câmara

REGISTRO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 MAIO 2019
PROTOCOLO
MG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060192/19

Vítima: RUBENS FRANKLIN PAZ

Data do acidente: 25/11/2018

CPF: 038.287.024-73

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUBENS FRANKLIN PAZ

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



RUBENS FRANKLIN PAZ : 038.287.024-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019
Nome: RUBENS FRANKLIN PAZ
CPF: 038.287.024-73

RUBENS FRANKLIN PAZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA RUBENS FRAVELIN PAZ
DATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VITIMA 038.287.034-73
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR PROF. GILBERTO MONTENHO
Nº 2404 COMPLEMENTO Q. 10 BAIRRO TRÊS TRAVEJES
CIDADE CARPINA CEARÁ UF PE CEP 58424-910
E-MAIL _____ TELEFONE (083) 999-99-53-31

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILIBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE • ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) • REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07/fevereiro/2019 DATA _____
IDENTIDADE 2565253 IDENTIDADE _____
ASSINATURA [assinatura] ASSINATURA _____
MTR. CORREIOS _____

100-P-02-A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

IDENTIFICAÇÃO




José Neves Correia

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIDADE

1.719.268 -2 VIA

DATA DE EMISSÃO 19/05/2017

NOME JOSÉ NEVES CORREIA

PALEÇAO LUIS NEVES CORREIA

JOSEFA RODRIGUES DE FREITAS

NATURALIDADE MOGEIRO-PB

DOC. CHESCA

CABIM N.842 FLS.054 LIV.B-AUX-03

CARTÓRIO PILAR-PB

CPF 952.359.734-53

DATA DE NASCIMENTO 16/04/1973

Assessoria A. B. Lopes Jr.

Chefe do Núcleo de Identificação

16/04/1973

A -

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
952.359.734-53

Nome
JOSE NEVES CORREIA

Nascimento
16/04/1973



Lugar: MONTEPARISI
 Ciudad: RESISTANCE, HES LENCIL, 1251 601-45
 Fecha: 12-55-73-1 Fecha: 12-55-73-1
 Autor: G. JORDAN 1987 En: 1987-12-55-73-1

[illegible]

Nova Fiedla / Conto de Energia / Débito / Débito 625 992
 Cód. para Débito Automático: 20003004998

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

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

Mar / 2019	10/05/2019	10/06/2019	952.355.734-43
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5'650466-6

Canal de contato

Submitted to MOVIE 2014 CINEFRANCE, September 10th
 2014, by the author

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Letras	Data	Letras				
10/01/19	889 3	05/01/19	8120		00		00
Demonstrativo							
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc	Ang	Valor Base Calc	Preço
		Totais	114,00	10,00	10,00	114,00	1,00
1801	Consumo de Água	98,00	9,80	9,80	9,80	9,80	0,10
1802	Consumo de Energia	16,00	1,60	1,60	1,60	1,60	0,10
ANEXO 10 - RESUMO							
1803	Consumo de Água	98,00	9,80	9,80	9,80	9,80	0,10
1804	Consumo de Energia	16,00	1,60	1,60	1,60	1,60	0,10
1805	Consumo de Água	98,00	9,80	9,80	9,80	9,80	0,10
1806	Consumo de Energia	16,00	1,60	1,60	1,60	1,60	0,10

[illegible]

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
€	17/05/2019	R\$ 65.14

Histórico de Consumo (kWh)	
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
Mar 19	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Oct 19	Nov 19	Dec 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20

e435.8110.00ct.8b4a.137a.2cd9.e2c9.af2a.

Indicadores de Qualidade 30741-140916

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
1. TENSÃO	110	110	110
2. TENSÃO	110	110	110
3. TENSÃO	110	110	110
4. TENSÃO	110	110	110
5. TENSÃO	110	110	110
6. TENSÃO	110	110	110
7. TENSÃO	110	110	110
8. TENSÃO	110	110	110
9. TENSÃO	110	110	110
10. TENSÃO	110	110	110
11. TENSÃO	110	110	110
12. TENSÃO	110	110	110
13. TENSÃO	110	110	110
14. TENSÃO	110	110	110
15. TENSÃO	110	110	110
16. TENSÃO	110	110	110
17. TENSÃO	110	110	110
18. TENSÃO	110	110	110
19. TENSÃO	110	110	110
20. TENSÃO	110	110	110
21. TENSÃO	110	110	110
22. TENSÃO	110	110	110
23. TENSÃO	110	110	110
24. TENSÃO	110	110	110
25. TENSÃO	110	110	110
26. TENSÃO	110	110	110
27. TENSÃO	110	110	110
28. TENSÃO	110	110	110
29. TENSÃO	110	110	110
30. TENSÃO	110	110	110
31. TENSÃO	110	110	110
32. TENSÃO	110	110	110
33. TENSÃO	110	110	110
34. TENSÃO	110	110	110
35. TENSÃO	110	110	110
36. TENSÃO	110	110	110
37. TENSÃO	110	110	110
38. TENSÃO	110	110	110
39. TENSÃO	110	110	110
40. TENSÃO	110	110	110
41. TENSÃO	110	110	110
42. TENSÃO	110	110	110
43. TENSÃO	110	110	110
44. TENSÃO	110	110	110
45. TENSÃO	110	110	110
46. TENSÃO	110	110	110
47. TENSÃO	110	110	110
48. TENSÃO	110	110	110
49. TENSÃO	110	110	110
50. TENSÃO	110	110	110
51. TENSÃO	110	110	110
52. TENSÃO	110	110	110
53. TENSÃO	110	110	110
54. TENSÃO	110	110	110
55. TENSÃO	110	110	110
56. TENSÃO	110	110	110
57. TENSÃO	110	110	110
58. TENSÃO	110	110	110
59. TENSÃO	110	110	110
60. TENSÃO	110	110	110
61. TENSÃO	110	110	110
62. TENSÃO	110	110	110
63. TENSÃO	110	110	110
64. TENSÃO	110	110	110
65. TENSÃO	110	110	110
66. TENSÃO	110	110	110
67. TENSÃO	110	110	110
68. TENSÃO	110	110	110
69. TENSÃO	110	110	110
70. TENSÃO	110	110	110
71. TENSÃO	110	110	110
72. TENSÃO	110	110	110
73. TENSÃO	110	110	110
74. TENSÃO	110	110	110
75. TENSÃO	110	110	110
76. TENSÃO	110	110	110
77. TENSÃO	110	110	110
78. TENSÃO	110	110	110
79. TENSÃO	110	110	110
80. TENSÃO	110	110	110
81. TENSÃO	110	110	110
82. TENSÃO	110	110	110
83. TENSÃO	110	110	110
84. TENSÃO	110	110	110
85. TENSÃO	110	110	110
86. TENSÃO	110	110	110
87. TENSÃO	110	110	110
88. TENSÃO	110	110	110

Discriminação	Valor R\$	%
Despesa com Representação	21,40	21,28
Despesa com Viagem	211,40	21,25
Despesa com Alimentação	2,14	2,13
Despesa com Hospedagem	2,14	2,13
Despesa com Transporte	21,40	21,28
Despesa com Outros Serviços	21,40	21,28
Total	280,88	100,00

1991年5月25日

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL - PÁGINA 48 DE 60 - FOLHA 14 DE 15 DO BANCO DO BRASIL
001901000007624 912008 71 JUL 2 08R178 3 789200000006514

96414254

~~CONFIDENTIAL~~

AER 2019

SALES BY: WILLIAM J. HARRIS / THE HARRIS AUTO & SERVICE

HELENO LUIZ DA SILVA
RUA LUIZ DE HOLANDA, S/N - CENTRO PEAR-PI
88338-000

Código do Instrumento	Série	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
010.002.105 0192.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A02S13711	30/10/2002	LA 11.34.10.10.100				

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (litros) | TEMPO (dias) | PROBLEMA (se houver)

[illegible]

DATA DA IMPRESSÃO 27/04/2015

1964-1965: 11-11-65

DESCRIÇÃO	COMPARAR	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	4,89
ESGOTO		

VALOR REFERENCIAL DE CRÉDITOS R\$ 96 PIS F CONFINS 111 12 70 12 12

VENCIMENTO: 08/05/2019

Total a Pagar:

RS 42.50



CONDICĂ) DE LETTURA: VEZI PAG. 5

CADENA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: A REAI

HPO DE LARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ARRÊTÉ VERIFIÉ: MCHG LAOEAC IDENTIFIED TRANSLATION

TELE 001150737 AGENTE 115077 ROTE 25942
COBAN:071527 LOJA:0800 PDV:115077
WS-05/2019 BANCO DO BRASIL 03:27:43
244352701 CORRESPONDENTE BANCARIO 1129

COMPROVANTE PAGAMENTO COM COJ. BARRA

CONVENIO: CAGEPA RECEBIMENTO

626-98802000 4280017413 889681-4681

942819608603 15.81

19.87
86.061 6

NR. CONVENIO 0018 DO PACIENTE 08/05/2015

[illegible]

CONFIDENTIAL - E 602 065 BCT 348 ELA

IR. AUTHENTICATED. L. J. 10/10/1964.

JOSE DIAS DE QUEIROZ FILHO
RUA UNIV PAULO RODRIGUES DE FIGUEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 53063-280 (AO 6)



Local: MONTEFASCO
Cidade: RES MTC 811 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro: 15 - 5 - 939 - 1000 Referência: Mai/2019
Medidor: 00003198103 Emissão: 22/05/2019

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 Km 25 - Centro Redentim - João Pessoa/PB - CEP 55071-692
CNPJ: 08.985.182/0001-40 - Ins. Est. 15.619.822-9

Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica Nº 053721967
Cód. para Deb. Automático: 00004128641

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai/2019	22/05/2019	19/06/2019	437.895.784-49

UC (Unidade Consumidora): 5/412864-1

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/04/19	10315	22/05/19	10708			
Demonstrativo						
CCI - Depósito		Qualidade Tarifária: Valor Baseado em kWh (módulo Baseado em kWh) - Tarifas: Tarifa (R\$) ICMS (R\$) ICMS - Tarifa (R\$) ICMS (R\$) ICMS				
0301 Consumo em kWh		236,000	0,545360	201,44	201,44	1,98
0301 Adic. B. Anual				2,89	2,89	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0307 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA				9,16	9,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 119,21 204,09 55,08 254,03 1,98 9,13
Tarifa de Transmissão 0,471170

Média Últimos meses (kWh) 202
VENCIMENTO 01/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 213,21

Histórico de Consumo (kWh)

183 | 20 | 222 | 179 | 173 | 204 | 187 | 174 | 204 | 216 | 228 | 241
Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

RESERVADO AO FISCO

e215.9270.3104 119,21 204,09 55,08 254,03 1,98 9,13

Indicadores de Qualidade				Composição de Cálculo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
IRC MENSAL	6,19	0,00	NORMAL 220	Debitos de Cto. de Energia PB	48,07	22,46
IRC TENSÃO	11,38			Unidade de Energia	30,63	14,36
IRC ANUAL	20,77			Perdas por Transmissão	7,47	3,50
IRC MENSAL	6,19	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	11,81	5,53
IRC TENSÃO	11,38			Impostos Omitidos e Encargos	75,27	35,28
IRC ANUAL	20,77			Outros Serviços	0,00	0,00
IRC MENSAL	6,19	0,00		Total	213,21	100,00

Fonte: ENEL (Ref: 3/2019) R\$ 58,30

ATENÇÃO

Pagamentos em atraso

ENERGISA PARÁIBA
Rotômetro: 15 - 5 - 939 - 1000
Medição: 412864-1019-15-6
VENCIMENTO 01/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 213,21
8367000002-6 13210149000-2 04128642019-9 058000005019-3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346824 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/6/8

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346824 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/6/8

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346824 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO. PÁG 3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178284/19

Número do Sinistro: 3190346824

Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

CPF: 074.483.104-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES : 074.483.104-02

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/07/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178284/19

Número do Sinistro: 3190346824

Vítima: PAULO SERGIO DE QUEIROZ CHAVES

CPF: 074.483.104-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2018

Titular do CPF: PAULO SERGIO DE
QUEIROZ CHAVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060192/19

Vítima: RUBENS FRANKLIN PAZ

CPF: 038.287.024-73

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUBENS FRANKLIN PAZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RUBENS FRANKLIN PAZ : 038.287.024-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019
Nome: RUBENS FRANKLIN PAZ
CPF: 038.287.024-73

RUBENS FRANKLIN PAZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES