



Número: **0807886-25.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **30/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA (AUTOR)		PATRICIO CANDIDO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30887995	22/05/2020 10:48	2719571_CONTESTACAO_Anexo_01	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190572721

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.

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

Carta nº 14949512

Pag. 00569/00570 - carta_03 - INVALIDEZ

00070285





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572721

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

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

Carta nº 14949631





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572721

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

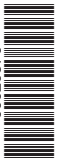
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00739/00740 - carta_16 - INVALIDEZ

00020370



Carta nº 15691603





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº08765.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 30/06/2019

Hora: 09:20:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: João da Silva Pimentel, Centro, Campina Grande, PB.

Complemento: Próximo Ao Numero 362

Ponto de referência: Panificadora São Francisco

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Kleiton Jose Barbosa Ferreira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Cleonice Barbosa e Jose Araujo Ferreira

Idade: 35

Data de Nascimento: 31/03/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto

Profissão: Mototaxista

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 059.391.874-63, CNH nº 02940875126

Endereço: Rua Apolônio Amorim, 207, Alto Branco, Campina Grande, PB

Complemento: vila 01

Ponto de referência: Radio Panorâmica Fm

Telefone: (83) 99808-9292

TESTEMUNHA

Nome: Rossandro da Silva Costa

Conhecido por: Não informado

Filiação: Josefa Severina da Silva Costa e Luiz Pedro da Costa

Idade: 45

Data de Nascimento: 02/08/1974

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
completo

Profissão: Mototaxista

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 991.574.034-49, CNH nº 03943036609

Endereço: Av Internacional, 204, Nações, Campina Grande, PB

Complemento: casa a

Ponto de referência: Igreja Diamantina

Telefone: (83) 98800-3337

Procedimento Policial: 08765.01.2019.2.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional da Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



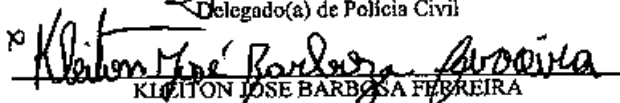
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Campina Grande/PB, 12 de agosto de 2019.


JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

x 
KLITON JOSE BARBOSA FERREIRA
Noticiante


JUNIA BARBOSA LUZ DO RÉGO
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 08765.01.2019.2.00.401

3/3



Comprovante de residência

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.054/0001-87



11259027

CEL. 32.100.10

JUN/2019

CONTÁ DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KLETON JOSÉ B. FERREIRA
RUA PRA APOLÔNIA AMORIM, 207 - VL. 01 - ALTO
BRANCO CAMPINA GRANDE, PB 58401-528

Inscrição	SMM	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Lavabo	Outras	
PIR. 027.005.0180.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10S226611	20/07/2010	INTERIOR	LIGADO	LIGADO		
AMETRO: 1 ATUAL: 1 CONSUMO (M ³) 1 HUI DE DEAS 1, PROXIMA LITURA 6/10/2019						
527 513 6 28						
HIST. CONS. ANOR. LIT. 1 QUALID. AGUA ANEXO 20 PORT. 09/2017 MS.						
MAR/2019	3	PARÂMETROS EXIG. ABAST. COM GRHES				
ABR/2019	5	TURBID.	178	178	178	178
MAR/2019	0	CLORO	178	178	178	178
FEV/2019	6	COL. TERMOT	0	0	0	0
JAN/2019	5	CON	55	169	168	168
DEZ/2018	5	CGI TOTAIS	178	178	178	178
REDIACH	5	DADOS REFERENTES A: ABR/2019				

DATA DE IMPRESSÃO: 04/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 07:23:34

DISCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
SE 100% EM 1 VOLUME	6 M ³	10,50
CONSUMO DE ÁGUA		
SE 100% EM 1 VOLUME	6 M ³	1,00
CONSUMO DE ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DO TRIBUTOS: R\$ 1,07 PIS E CONTRIB. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 17/06/2019 Total a Pagar: R\$ 11,62

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:
NÃO CANCELAR O FATURAMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2020 10:48:28

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052210482848100000029652932

Número do documento: 20052210482848100000029652932

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rafaelton José Barbosa IDADE:
RA: Cinzeira LEITO: 74 MÉDICO: Dr. Luciano Guich

DATA: 04 / 07 / 19

MANHÃ

Paciente evolui estável, consciente, orientado, segue em hidratação venosa, medicação aguarda procedimento cirúrgico.

Documentação médica - hospitalar



Fabiana Lúcia da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1171.862

TARDE

Paciente atendida, consciente, orientado, evoluindo, aguardando procedimento cirúrgico. Paciente evolui estável, consciente e orientado, aguardando procedimento cirúrgico.

Bianca Hiustonia A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1175.602

Bianca Hiustonia A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1175.602

NOITE

Paciente evolui com estado geral estável, aguardando procedimento cirúrgico. Medicação feita em tempo e controle de dor com prescrição médica por médico.

Martiny Lima Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1171.862



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Kleiton pereira B. Ferreira IDADE: 95
AIA: Emergência LEITO: MÉDICO: Fausto Soares

DATA: 03/04/18

MANHÃ

Paciente admitido. vindo da emergência
fratura de clavícula. punção do
acesso venoso periferico. medicação.
Solicitados exames laboratoriais

Ílberia Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 621.984

TARDE

PACIENTE ATENDIDO
NO HOSPITAL
CUJAS DESPESAS
FORAM PAGAS
SSU, AO SUS

consciente, orientado, eupneico,
para exame, realizado
CCO

Bianca Huston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1176.602

NOITE

PACIENTE ATENDIDO
NO HOSPITAL
CUJAS DESPESAS
FORAM PAGAS
SSU, AO SUS

Paciente admitido com quadro de
consciente, orientado. sendo medicado
com analgésico. Sinais vitais estáveis
está em dieta zero em observação
venosa segue aos cuidados da enfermagem

Jucara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 109126 PB

Alessandro Dantas
ENFERMEIRO
COREN-PB 403113



Num. 30887995 - Pág. 9

HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
NOME:	Kleiton José B. Figueira			
ALA:	Unimed	LEITO:	76	CONVÊNIO:
DIAGNÓSTICO:	LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR 03-07-19			
MEDICAMENTOS		HORÁRIO		
① Sinto livre				
② 1ml 1000 ml EV			12	24
③ Cefalotina - 1g EV			12	24
④ Voltaren 75 - 1g			12	24
⑤ Dexamet - 2mg EV			12	24
⑥ Cefazolin 1g EV				
Dr. Suelio Moreira Torres				
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS				
NO HOSPITAL - ANTONIO TARGINO				
CUJAS DESPESAS FORAM				
COBRADAS AO SUS				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
Paciente atendido @ 1 semana				
Dr. Suelio Moreira Torres				
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS				
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO				
CUJAS DESPESAS FORAM				
COBRADAS AO SUS				



Prontuário 825271	Atendimento 2351171	Reserva/Gula AMBULATORIO Data 03/07/2019 Hora 11:54
------------------------------------	--------------------------------------	--

Paciente	Sexo Est. Civil	Di Nasc.	Telefone	R.G.	Código CNS
KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA (CPF:)	M Solteiro	31/03/1984		3107820	
Endereço	Num. Complemento			Profissão	
APOLONIO AMORIM	207				
Bairro	Cidade				UF
AT BRANCO	CAMPINA GRANDE				PB
Nome da Mãe	Endereço				Num.
CLEONICE BARBOSA	APOLONIO AMORIM				207
Responsável	Cidade				UF
KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA	CAMPINA GRANDE				PB
Bairro					
AT BRANCO					
Médico Atendente	Médico Acompanhante				
1716 LUCIANO GUEDES BORGES (CRM: 3451) (CPF: 43448631434)	1716 LUCIANO GUEDES BORGES (CRM: 3451) (CPF: 43448631434)				
Procedimento	Cid				

Sector	Convênio	Origem
3008 SECRETARIA SUS	50 SUS	
Acomodação		
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:		
Data mín. para alta - 03/07/2019	Data máx. para alta - 03/07/2019	Atendente -
		SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? () Sim (☒) Não		Data admissão 03/07/2019	Data alta <u>05/07/19</u>
Interação anterior..? () Sim () Não		Hora admissão :	Hora alta <u>08:00:</u>
Alta.... :	Curado.....: ()	Melhorado.....: (☒)	Interferido.....: ()
	Piorado.....: ()	A pedido.....: ()	Indisciplina.....: ()
	Transferido.....: ()	Falecimento.....: ()	Evasão.....: ()
			Clinica.. Médica.....: ()
			Cirúrgica.....: ()
			Obstétrica.....: ()

Diagnóstico: ALTERAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR E S431
 Interação: O MUSEU
 Definitivo: 0408010185 W199

Histórico: VIRUSUS DE ANITA DE MONT

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTERIOR TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

~~ORTESE PROTESE~~

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X: ☒ Simples
☐ C/Contraste

Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Motivo

Caract. Trat. [] [] []

[☒] Sangue..: [] Rh.: [] [] [] A [] [] B [] [] C [] [] D [] [] E [] []

Carimbo: Luciana Guedes, CRM 14.456, ROR 14.456

RA DE CONTROLE

REALIZADO EN

~~Lucy's de Silva~~
~~146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961,~~



30/06/2019

HTCC-Painel Administrativo

Data: 30/06/2019

Horas: 13:08:15

Médico (a) Distrita: Fabio Marcos Crispim Lima



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1932730 Paciente: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA Idade: 035

Nome da Mãe: CLEONICE BARBOSA Data de Nascimento: 31/03/1984 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: LAC A ESQUERDA

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A): Fabio Marcos Crispim Lima /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP. 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
SETOR:			LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO	TAQUIPNEICO	EUPNEICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA		
	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA	DEÂMBULA C/ APOIO	ACAMADO		
	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA	PARESIA		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO	SNG	SNE		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	DESNUTRIDO	OBESO		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA			☐ RETENÇÃO URINÁRIA		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
☐ NÁUSEA			CD/FR:		
☐ DOR AGUDA			☐ DOR CRÔNICA		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO			☐ ALIMENTAR-SE		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			☐ PARA BANHO		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTO-CUIDADO.					
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

1000 125



[illegible]

30/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

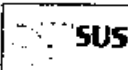
	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde			GOVERNO DA PARAÍBA	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES						
NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF: 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 1 - CNPJ						
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES						
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700						
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)						
PACIENTE: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA					Identidade: 3107820 Idade: 035	
ENDEREÇO: APOLONIA AMORIM					PRONTUÁRIO: N° 1932730	
BAIRRO: ALTO BRANCO						
TIPO DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA					N° DA SOLICITAÇÃO: 49285	
DADOS CLÍNICOS: pre-op.					MATERIAL A EXAMINAR: sangue.	
EXAMES SOLICITADOS: HEMOGRAMA COMPLETO, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO.						
Campina Grande - PB 30/06/2019						
Médico: Fábio Marcos Crispim Lima						



30/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 30/06/2019 Hora: 12:57:08

 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		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA		1932730	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
708405261579860		31/03/1984	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Masculino		CLEONICE BARBOSA	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
83 91925468		APOLONIA AMORIM, 207, ALTO BRANCO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	
Campina Grande		250400	
15 - UF		16 - CEP	
PB		58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Dor + instabilidade funcional em ombro esquerdo			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Rodizantes + exame físico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Dor em ombro esquerdo			
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 - CARATER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
FABIO MARCOS CRISPIM LIMA		30/06/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		33 - Nº DO BILHETE	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		34 - SÉRIE	
35 - Nº DO BILHETE		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - Nº DO BILHETE		38 - CNPJ EMPRESA	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - CBO		42 - CNPJ DA EMPRESA	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

let/hcsg/impreintamento.php?conte=1932730

1/1



EXCER

volume de trabalho de trabalho + no

mais + o que

volume de trabalho



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 KLETON JOSE BARBOSA FERREIRA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1932730
7 - CARTÃO DO SUS 708405261579860	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/03/1984
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL CLEONICE BARBOSA
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) APOLONIA AMORIM, 207, ALTO BRANCO	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 91925468
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓD. IBGE/MUNICÍPIO 250400
15 - UF PB	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>123.2 - infarto agudo do miocárdio</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Requerido + nome</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Infarto agudo do miocárdio</i>	
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 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CHS () CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 704304514628896
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
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 BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAT DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO	() EMPREGADOR
() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CHS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

10.1.1.148/projetohctcg/impreintamento.php?contar=1932730

1/1





GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-25

Data: 03/07/2019

Hora: 06:24:49

Médico (a) Diarista: Eduardo Otavio Braga Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1932730 Paciente: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: CLEONICE BARBOSA Data de Nascimento: 31/03/1984 Admissão: 30/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 5 Diagnóstico: LAC A ESQUERDA

DIA 03/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Eduardo Otavio Braga Moraes /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	SCALPE SALINIZADO	OK
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	28.06.2019
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	OK
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	OK
6	FAZER DE 88H	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/07/2019 HORA: 06:23:53

ortopedia

paciente com dor + incapacidade funcional em ombro esquerdo

hf: fac

cd: EX LAB OK

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às		h
SETOR:				LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:		SIM	NÃO	QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:		SIM	NÃO	QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA:		SIM	NÃO	QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA:		SIM	NÃO	LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPNEICO		TAQUIPNEICO		EUPNEICO		BRADIPNEICO	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)		NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD	
		DUSÚRIA		CISTOSTOMIA		ANÚRIA			
MOBILIDADE:		DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR	
		TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)		VO		SNG		SNE			
ESTADO NUTRICIONAL:		NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO	
DADOS VITAIS:		PA:		T:		FR:		FC:	
								PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☐ RISCO DE QUEDA					CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:				
☐ RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:				
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA					☐ RETENÇÃO URINÁRIA				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
☐ NAUSEA					CD/FR:				
☐ DOR AGUDA					☐ DOR CRÔNICA				
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO					☐ ALIMENTAR-SE				
					☐ PARA BANHO				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
					FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO.									
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.									
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE									
☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

FOD 125



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

Ident. 1815221-
SSP-PEEm, 05 de Maio de 2019
ALAN J. F. F. F.
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: _____





PACIENTE: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA
DATA DO EXAME: 30.06.2019
RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO

- Luxação da articulação acromioclavicular.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

53

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.


Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dr. Miriam Albino
CRM/PB: 6436

Dr. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



Documentos de identificação



REPÚBLICA DA PARAIBA - GOVERNADOR
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

DOCUMENTO / IDENTIFICADOR Nº: 3107820 / 11 / 2019 - PB

CPF: 059.391.674-63 DATA NASCIMENTO: 31/03/1984

NOME: JOSE ARACIO FERREIRA
FONE: CLEONICE BARBOZA

VERIFICADO: [] ASS: [] CANCELADO: []

Nº REGISTRO: 02940875125 VIGÊNCIA: 14/01/2024 15/07/2023

IDENTIFICACÃO: []

Kleiton Jose Barboza Ferreira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CARPIANA GRANDE - PB DATA EMISSÃO: 15/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR: 009985902672
080382488597

PARAIBA

1660967954



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **014201475707**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0048624139-4 R.N.T.C. 00/00000000 Exercício 2018

NOME **KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA**

CPF/CNPJ 05939187463 PLACA OFG2616/PB

PLACA ANT/UP NOVO PB CHASSI 9C2KC1660CR544844

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CPF/POT/CI 2 47/149 7CI CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

IPVA 2º

PARCELAMENTO / COTAS 3º

PRÉMIOS (R\$) SEGURO - PRÉMIO TOTAL (R\$) 31/08/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
VEIC. MODIFICADO RES. 25/98

LOCAL CAMPINA GRANDE - PB DATA 10/09/2018

32375 53362

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

PB Nº 014201475707 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 10/09/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 05939187463 PLACA OFG2616/PB

RENAVAM 00486241394 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2012 CILINDROS 9 Nº CHASSI 9C2KC1660CR544844

PRÊMIO TARIFÁRIO

1. VENC. (R\$) 2. DPVAT (R\$) 3. CUSTO DO SEGURO (R\$)

4. CUSTO DO BILHETE (R\$) 5. SEGURO 6. DESPESAS GERAIS (R\$)

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.806/0001-04

53362 1332595 20180910



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348835/19

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

CPF: 059.391.874-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: KLEITON JOSE BARBOZA
FERREIRA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA : 059.391.874-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA
CPF: 059.391.874-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348835/19

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

CPF: 059.391.874-63

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA : 059.391.874-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA
CPF: 059.391.874-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

