

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Nº Sinistro **3180236550**

Vitima: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Data do Acidente: **18/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180236550**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **18/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	093.429.064-43	Edicleison Alves Barbosa

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Edicleison Alves Barbosa		093.429.064-43	Agricultor
Endereço		Número	Complemento
Sítio Serrinha		51N	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Ara Rural	Imaculada	PB	58745000
Email	Telefone (DDD)		
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9855-9484 (87) 9 9999-9976		

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0419 (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRO. 00338971 (Informar dígito se existir)	D/V 

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Imaculada, PB 11 de Maio de 2018

Local e Data

Edicleison Alves Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA

## DELEGACIA DE IMACULADA

Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

### CERTIDÃO

FIL JOSE ROMÃO LUSTOSA NETO, Agente de Investigação no uso de suas atribuições, em atendimento ao pedido verbal do SR. EDICLELSON ALVES BARBOSA, que encontra-se registrado na página 423, do LIVRO DE Ocorrências Nº 08, o BOLETIM DE Ocorrência Nº 035/2018, com conteúdo conforme a seguir:

### BOLETIM DE Ocorrência Nº 035/2018

(LIVRO 08)

DELEGACIA DE POLÍCIA

- DE -

Imaculada - PB.

DIA E HORA DA NOTICIA: DIA 26/MAR/2018, ÀS 10h17.

TIPO DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA DO FATO: DIA 18 DE FEVEREIRO DE 2018, POR VOLTA DAS 19H45.

LOCAL DA Ocorrência: EM VIA PÚBLICA, NA RODOVIA PB-306, NA ALTURA DO SÍTIO CABORÉ, ZONA RURAL DE IMACULADA/PB.

NOTIFICANTE: EDICLELSON ALVES BARBOSA, conhecido por KELSON, brasileiro, solteiro, Agricultor, natural de Imaculada/PB, 26 anos, nascido aos 07/OUT/1991, filho de Regina Barbosa da Silva e Cecilia Alves Barbosa, residente e domiciliada no sítio Serrinha, Zona Rural de Imaculada/PB, RG nº 7.563.917 SSP/SC.

VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, PRETA, ANO/MODELO 2004, MOTOR DAX-1412 - SP, CHASSI Nº 9C2KC08107R112529, CÓDIGO RENAVAN Nº 27779186, LICENCIADA EM NOME DE HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA, COM CNH Nº 085.431.034-73.

HISTÓRICO: Nesta Delegacia, sob a supervisão do Delegado JULIO FERREIRA DE LIMA, o notificante DECLAROU QUE, no dia, hora e local informados, o notificante, seguiu em direção à cidade de Imaculada/PB, quando, ao invadir a pista de rolamento, foi colhido por um veículo GM Corsa; QUE, com a colisão, o notificante teve fratura no fêmur da perna esquerda e outros cortes e escoriações pelo corpo; QUE, na ocasião deste acidente o notificante foi encaminhado para o Hospital Regional de Patos/PB, onde foi submetido a cirurgia e ficou internado por doze dias; QUE, o notificante ainda encontra-se incapacitado para as suas atividades laborais. Nada mais disse nem lhe foi perguntado. Declarações prestadas com base na Lei nº 145 de 29 de março de 1983 (Lei da Desburocratização). DECLARO AINDA SER CONHECEDOR DAS LEIS CÍVIL, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS À QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O QUANDO AQUI FOR APLICADO NÃO FORTE ESTRITAMENTE A VERDADE (art. 299 do CPB - FALSIDADE IDEOLÓGICA).

*x Ediclelson Alves Barbosa*



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Arlete Xavier César - Alvaro Moura Xavier Barros  
Técnicos

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

Patos-PB 21/05/2018 16:26:04

Dialma de Souza Santos - Tabelião Substituto

SELO DIGITAL: AGY85184-B053

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>







Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180236550**

Vitima: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Data do Acidente: **18/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180236550**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12878838



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180236550**

Vitima: **EDICLELSON ALVES BARBOSA**

Data do Acidente: **18/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180236550**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12879018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180236550 **Cidade:** Imaculada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDICLELSON ALVES BARBOSA **Data do acidente:** 18/02/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO NA CABEÇA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:** SUTURA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Ediclelson Alves Barbosa  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 7.563.917 CPF: 093.429.064-43  
Endereço: Sítio Serrinha, s/n - Área Rural; Imaculada-PB

### OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305  
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Ediclelson Alves Barbosa

Imaculada-PB; 10 / Março / 2018

Local e data

Ediclelson Alves Barbosa

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

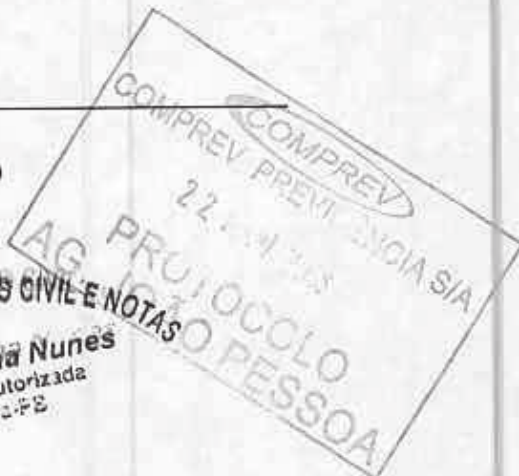
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS  
Rua Antº Caelano, S/N, Centro, Imaculada - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
EDICLELSON ALVES BARBOSA

Dou fé, Imaculada/PB - 19/03/2018  
Escrevente: LIDIANA ROCHA NUNES  
Selo Digital: AGQ90764-G2DT

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$9,23 Farpen R\$0,27 MP R\$0,15 Fepj R\$1,85

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS  
Lidiana Rocha Nunes  
Escrevente Autorizada  
Imaculada-PB





HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO  
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cód. Intern. 28734

Data/Hora 18/2/2018 22:22:56

Prontuário: 99969  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)  
Classif. Risco: VERDE Transporte: SAMU 192  
Origem: VIA PUBLICA

Regulado: N

Servidor do Dr.:  
Paciente: EDICLELSON ALVES BARBOSA

Idade: 26 Gênero: HOMEM CIS

Filiação:  
Filiação I: CECILIA ALVES BARBOSA  
Filiação II: ENOQUE BARBOSA DA SILVA

Endereço:  
Cidade: IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707  
Endereço: SÍTIO SERRINHA  
Bairro: ZONA RURAL  
Naturalidade: IMACULADA - PB  
Fone: (83)99626-5149

Documentos:  
CNS: 703-6010-7725-4338  
Identidade:  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:  
Nascimento: 7/10/1991  
Cor: BRANCA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: *[Assinatura]*

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

*Doença - lesão da coluna lombar - trauma - cor - E*

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

*Ar + cor + dispendida - cor - E*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Fuente diagn. a ser E*

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, 01 / 03 / 18

Recepcionista: ISRAEL



*[Assinatura]*





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: ADICLELSON ALVES BARBOSA

DA CLÍNICA  
A CLÍNICA BUCOMAXIL

ENFERMARIA             
LEITO           

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO,  
APRESENTANDO FERIMENTO NA GLABELA,  
SENDO SUBMETIDO A SUTURA, APRESENTA  
FRATURA NASAL ALINHADA, AGUARDA AVALIAÇÃO  
E CONDUZIDA PELA ORTOPEDIA, PARA POSTERIOR  
REABILITAÇÃO PELA BUCOMAXIL.

PATOS - PB

18/02/18

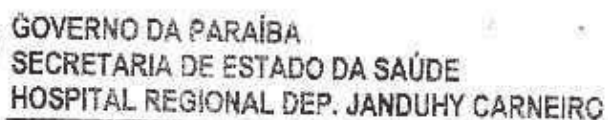
DATA

Dr. Ailton de Moraes Cavalcanti  
Cirurgião Bico-Maxilo-Facial  
C.R.O. 2530

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

COMPREN. PREVIDENCIARIA SL  
22 MAR 2018  
PROTÓCOLO  
AG. INAO FESB





NAME: E. Dieckman, Anne

DA CLÍNICA C. Geral  
A CLÍNICA orto pedis

ENFERMARIA  
LEITO

**MOTIVO DA CONSULTA:**

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO

Matriza em ferro

1810ггг.

## DAT'S

Sonally Santos  
Médica  
Cirurgiã de cabana e pescoço  
CRM 715478

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

**PARECER:**

Do not feed the

Frater dražen d ju  
pos gind d m to

$Q = \int \text{Total heat}$

— Duesen Regulator

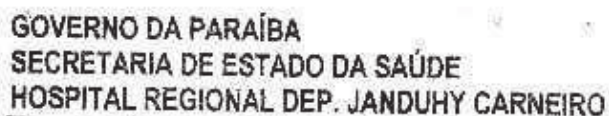
— Pre-operation

to who manage now  
management & train & guide the

1812122

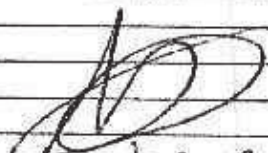
## DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

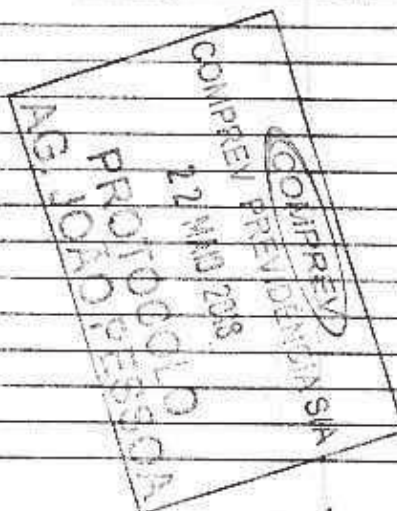


PACIENTE: *Edo R. Luna*

LEITO:  
REG.: 999 69

DATA	HORA	
17/02/19		Honda para H Mr. Schmidt - Trabalho argua e no retorno de VPR.
		 +381

CONFREY  
 CONFREY PREVIDENCIA S/A  
 22 MAR 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA





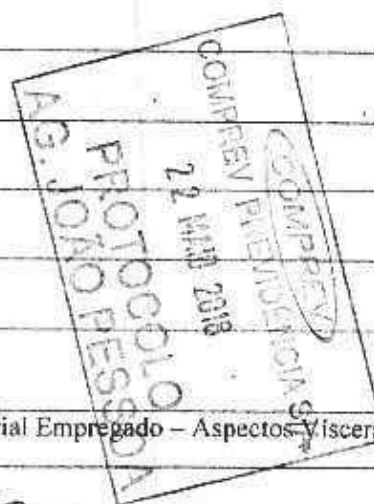


### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Ediclelson P. Barbo</u>		Nº prontuário <u>999 69</u>
Data da Cirurgia <u>18/02/19</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>M. Marcelo de</u>	1º Auxiliar	
Anestesista <u>M. Gutierrez</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura diafragma de pulmão</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Punção de traqueia esquerda e</u> <u>tórax</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>sem</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
<u>M - D11/12 - Sob anestesia</u>
<u>Peritórax + colocação de curativo</u>
<u>Punção de traqueia esquerda no 3º</u>
<u>arterial</u>
<u>Drenagem (4kg)</u>




*(Signature)*

7381



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Ediclelson Alves Barbosa</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUHY CARNEIRO
XL	LEITO	CONVENIO <u>450</u>	IDADE <u>26</u>	REGISTRO <u>99969</u>	
CIRURGIAS <u>Tratamento esquelético na</u>		CIRURGIAS <u>Dr. Manoel Alves</u>			
ANESTESIA <u>Raqui</u>		ANESTESIA <u>Dr. Gutemberg</u>			
INSTRUMENTADORA <u>✓</u>		DATA <u>8.09.10</u>	INICIO <u>23:30</u>	FIM	

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilastesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimideate		Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVP! Tintura
	Dilmorf	1	Gases
	Lenexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Naraina		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sufenta		Vaselina Esteril
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigminio		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalecina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

CONTROLE DE INVENTÁRIO

22 MAR 2010



[illegible]





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Edicleison Alves Barbosa

DA CLÍNICA

Cirurgia

ENFERMARIA

9º

A CLÍNICA

cardiologia

LEITO

06

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23.02.18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

26 anos

Princ. fratura MIB

AMB: NDN

Mov: NDN

Ativ: 06es

Av. RCR-2T

EKG: Normal

Condução: Bato niss

21/02/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



Dr. Fabrício da Mota Carneiro  
Cardiologia - Internista  
CREDEC 11.046 / CRM 16.011





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

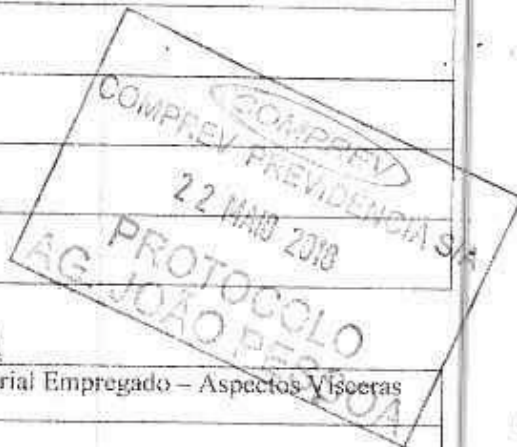
Nome: <u>Eduilson Alves Barbosa</u>		Nº prontuário: <u>99969</u>
Data da Cirurgia: <u>27/02/18</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>A. José Soares</u>	1º Auxiliar: <u>A. Marcos Santos</u>	
Anestesiista: <u>A. Augusta Nunes</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura proximal fêmur (C)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Osteossíntese fêmur (C)</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visoerros


- ① Port em, sob GA + anestesia
- ② Insuflação + colocação dos membros
- ③ Incisão foletores coxo (C) + abertura da pele
- ④ Redução da fratura + fixação com placa e parafusos
- ⑤ Limpeza e SFD + sutura + curativo

João H. Sussana Laureano  
Ortopedia e Traumatologia





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edicleilson Alves Barbosa</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
21	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
<u>NSC</u>	<u>06</u>	<u>SUS</u>	<u>26</u>	<u>99969</u>	
CIRURGIÃO		CIRURGIÃO			
<u>TIO cirurgia fêmea</u>		<u>João e Marcelo</u>			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
<u>Rogini</u>		<u>Augusto</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Waldemar</u>		<u>27/02/18</u>	<u>16.30</u>		

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ <u>soro</u> e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 6 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide	1	Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lenexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narvon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cetadotina 19g <u>Aspirador</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbotate 20 e 22 1g		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<u>nylon 2.0</u>

COMPREV PREVIDENCI  
 22 MAR 2018  
 PROTOCOLO  
 JOÃO PESSOA





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUPY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermeira	Leito	Nº Promúrio	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Idade	Sexo	Ct.
Data		Pressão Arterial Puls	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Urina		Ureia	Outros		
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Doentes	Pescoco	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ataxia	Corticóides	Alergia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Flaco		Risco	
Anestesia Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicação de	Efeito		
14/11 95 17/11 32					
Agentes Anestésicos	02	INDUÇÃO			
Líquido		Satur. Excit. Tosse			
		Laringo Espasmo Lento			
		Náuseas Vômitos			
		Outros			
		MANUTENÇÃO			
		Anestesia Satur. Sim Não			
		Não, porque			
		DESPERTAR			
		Reflexos na SO			
		Obstr. CO2 Excit.			
		Náuseas Vômitos			
		Outros			
		Com cânula			
		para o leito sim não			
		CONDIÇÕES			
		Cânula			
Símbolos e Anotações					
Posição					
Agentes		Luz 2000. Bup 0.5ml. Diaz			
Técnica		Rug			
Operação		Rug			
Sintomas		D. M. J. S. S.			
Anestésicos		D.			
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
22 MAR 2013  
PROTOCOLO  
AG. IDAD. PESSOA



26. avo

18 02 2018

22:55

F/avoc



PROTÓCOLO  
22 MAR 2018  
JOÃO PESSOA





**CARLOS CHAGAS**  
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

Paciente: EDIGLELSON ALVES

Médico Requisitante: DR. GAUDÊNCIO M. DE S. FILHO

Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 26 ANOS

Data: 21/02/2018

Comanda: ---

### GLICEMIA DE JEJUM

Amostra: Soro

Método: Enzimático/ Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 70 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dL

70,0 a 99,0 mg/dL

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.



Dr. Wald-Orlando Soares Ferreira  
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia  
SBM: 2300 - CREF-PB: 1854



ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
DEP. JANDUHY CARNEIRO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: EDIGLELSON ALVES  
Médico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO  
Laboratório: INTERNO  
Especialidade: CLIN CIRURGICA

Nascimento: 07/10/1991 Idade: 26 Sexo: M  
Cod. Pac.: 19840 Protocolo: 43601  
21/02/2018 08:24:37  
Leito: 9/06

HEMATOLOGIA

MOGRAMA

Material: SANGUE  
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos 4.770.000 /mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 4,5 g%  
Hematócrito 12,3 %  
H.C.M. 30,0 u3  
H.C.M.C. 31,0 pg  
H.C.M.C. 34,0 %  
D.W. 3,6 %

Masculino > 13 anos 4.4 - 5.1 milhões/mm<sup>3</sup>  
Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm<sup>3</sup>  
13.5 - 16.0 g%  
40 - 54 %  
80 - 98 u3  
25 - 35 pg  
31 - 36 %  
11.5 ± 14.5 %

Índice Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais 7.500  
Neutrófilos 0 0  
Linfócitos 0 0  
Bastonetes 0 0  
Segmentados 66 4950  
Eosinófilos 4 300  
Basófilos 0 0  
Monócitos 25 1875  
Atípicas 0 0  
Plasmócitos 5 375

Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm<sup>3</sup>  
0  
0 a 1  
0 a 5  
40 a 70  
0 a 5  
0 a 1  
20 a 35  
50 a 1000

Índice Série Branca

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado 205.000

Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO



Carla Maria de Jesus Lima  
FARMACIA DE ANÁLISES CLÍNICAS  
CNPJ 06.908.000/0001-02



- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

C.C. 92/6

Comanda: ---

OSMPREV-PROVIDENCIA S/A  
22 MAIO 2018  
PROTOCO  
1000 PESSOA

Dr. Wald Osório Soares Ferreira  
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia  
SBM: 2305 - CPF-PB: 1854

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica  
 Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas  
 Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 99131408 e 34215469





GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lúcio ORTOPEDISTA

MARLI EDICLESON

ALVES BARBOSA QUE

se acidentou com

um carro no dia 18/02/13

quando FRACIONA

OSCA DA PERNA

COPIADA. FOLHA

A FRACIONA A

primeiro - 6

CONCEITO 1.

Stênio GUY W. Araújo

CRM 1026 - CBO 223146  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CNPJ 206759107710000

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



A

*Líder Dos Consórcios do Seguro Dpvat.*

Com cópias para:

SESEP – Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS – Conselho Nacional de Seguros privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento do seguro obrigatório DPVAT.

Vítima: Edicleison Alves Barbosa Sinistro: 3180236550

Prezados Senhores,

Na qualidade de beneficiário do seguro Obrigatório DPVAT, venho por meio desta solicitar o prosseguimento da análise de meu processo, haja visto que o mesmo encontra-se com pendência e sem movimentação por parte da Seguradora pelo seguinte motivo:

- *Declaração do proprietário/conductor do veículo, pelo fato da ocorrência ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.*

Motivo este que não justifica, uma vez que:

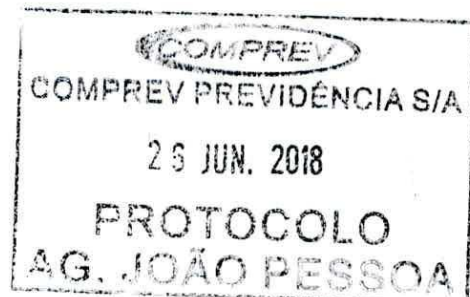
A lei Nº 6.194, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguero, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado".

"§ 1º A Indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela lei 11.482, de 2007)."

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

"§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá se acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela lei nº 8.441, de 1992).





"Art. 11. A sociedade seguradora que infringir as disposições desta lei estará sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei N 73, de 21 de novembro de 1996, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)."

Diante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências dúvidas acerca do acidente ocorrido, e que se a Seguradora tiver qualquer dúvida, que seja feita uma sindicância para verificar a veracidade dos documentos apresentados, uma vez que, o Seguro DPVAT trata-se de um Seguro de "cunho social", com o objetivo de amparar as vítimas e beneficiários que dele necessita. Por fim, com o objetivo de permitir o pedido de indenização do Seguro DPVAT, para então fazer a liberação da indenização do seguro obrigatório Dpvat.

Atenciosamente,

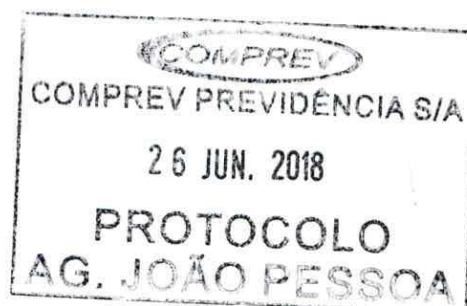
Local e data: Imaculada - PB; 25 / Junho / 2018

Edilson Alves Barbosa

ASSINATURA

RG: 7.563.917

CPF: 093.429.064-43



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SP Nº 8188850940  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 910265185 ENTRC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2010

NOME: HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA

AP. OPTIC. 08543103479 FUNDA. DXJ7412

PLACA ANTER. DXJ7412/RH CHASSI 9C2KC0810/R112529

ESP. CEE/CEAD COMBUSTÍVEL GAS/MOTOCICLO / NAO APLIC. (RACOLTA)

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP/POT/CIL 2L/0149CC CATEGORIA PARTIC. COR PREC. MINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS 15\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO PARCELAMENTO 0028070 COD. MUN. 388-8 3\*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

DEVAT PASSO LINDO JERICATU

DESCRIÇÃO

SEM RESERVA

ITUPEVA DATA ANO/NOV/ANEXOS 08/12/2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SP Nº 8188850940  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 910265185 ENTRC \*\*\*\*\*

NOME: HANDERSON CAVALCANTE DE SOUSA

ROD MARIO TONOLI 8003  
SA 9 MORRO ALTO 13295

AP. OPTIC. 08543103479 PLACA DXJ7412

NOME ANTERIOR JOSE ROBERTO PEREIRA SILVA

PLACA ANTER. DXJ7412/SF CHASSI 9C2KC0810/R112529

GAS/MOTOCICLO / NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP/POT/CIL 2L/0149CC CATEGORIA PARTIC. COR PREC. MINANTE PRETA

DESCRIÇÃO

SEM RESERVA

ITUPEVA DATA ANO/NOV/ANEXOS 08/12/2014

PROTÓCOLO

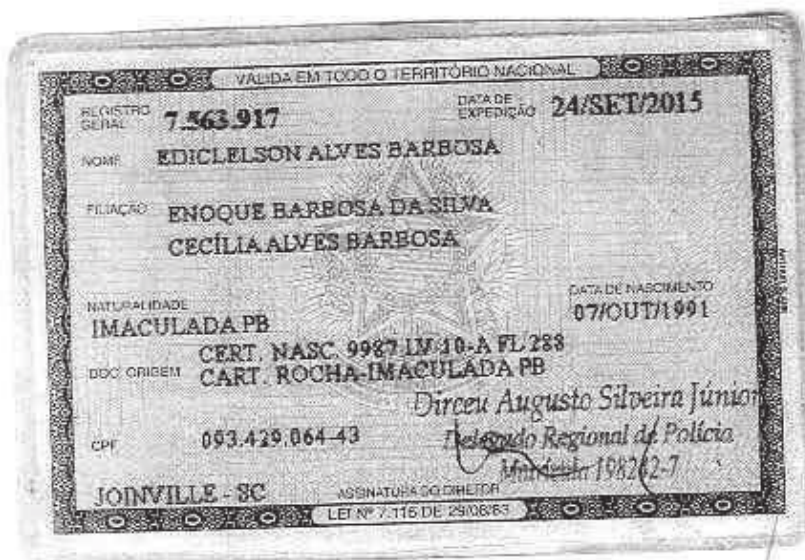
22 JAN 2013

COMPREV FUNDADORA











**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edicleison Alves Barbosa inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 093.429.064/43, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Edicleison Alves Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.429.064/43, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ 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		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELA VISTA	PATOS	PARAIBA	58706-460
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8003		(83) 9 9655-9484

Patos - PB 11 de Maio de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



REMETENTE



Você, sem fronteiras.

Fatura  
Número da Fatura: 130932053  
TIM Celular S.A.  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 3150 - 51.º Andar  
Rio de Janeiro, RJ 20030-000 - (021) 15.143.535-0

DESTINATÁRIO



CID RECIFE PE 55410-000  
EMMANUELA S P V DE S ARAUJO 02984808401  
R TITICO GOMES, 405  
BELA VISTA  
56704-460 - PATOS - PB



7214046713 18329 00000000210 03 221119

\*TIM\* é marca dos serviços de telecomunicações

REMESSA  
ECONÔMICA

0012245089/2011-01/BSD/SP1A

CAIXA

CORREIOS

COUPON  
COMPROVAÇÃO  
22/03/11  
PAGAMENTO  
R\$ 2,50





PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 13

**DATA:** 22/03/2018 **OCCORRÊNCIA Nº:** 153 **PACIENTE / USUÁRIO:** EDUELEN ALVES BARBOSA **IDADE:** 26 **SEXO:** FEM  
**LOCAL DA OCORRÊNCIA:** 003 - 3º DE URGENTE JUAZOS E MATILDEIA **SAIRO:** MEDICO REGULAR **MÉDICO REGULADOR:** DR. KEY  
**APOIO NO LOCAL:** PM **RESGATE / BOMBEIROS:** RESGATE PRF **CE:** AN **STIPA:** OUTRO: **OUTRO:**

**QTM:** SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECURSU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐

<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<b>AGRESSÃO</b>	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> ALCOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<b>CLÍNICO</b>	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<b>DESABAMENTO/SOTERRAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> QUESA METROS	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<b>ELECTROCUSÃO</b>	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO ANTERIORE
<b>F.A.B.</b>	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<b>F.A.F.P.A.F.</b>	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<b>GINECO-OBSTETRICO</b>		<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<b>ÇÕES TÉCNICAS</b>			

**SERVIÇO MÉDICO:** URG **RESPONSÁVEL:** Donally Santos **FUNÇÃO:** Médico  
**APÓS TRANSPORTE:** Carga de cuidados e transferência simples

**APOIO DIAGNÓSTICO:** ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE

**OUTRO:**

**LOCAL:** URGENTE **PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS:** **FUNÇÃO:**

**VIAJES VITÁLIS:**

**VIAJES:** ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / **RESPIRAÇÃO:** ☐ >30rpm ☐ <30rpm / **PULSO RADIAL:** ☐ Presente ☐ Ausente / **TAXAS:** ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
**PA:** 130 x 80 **FC:** 83 **FR:** **TEMP:** °C - GLICÊMIA: mg/dl - E. Com a: SAO2: 92

**ATUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**CODIGO DE ENFERMAGEM:**

**Astaziado** ☐ Causado adaptativa intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☒ Desambulação prejudicada

**Débito cardíaco diminuído** ☐ Desobstrução ineficaz das vias ☐ Disreflexia autonoma ☐ Dor aguda ☐ Hipotermia ☐ Inabilidade para prejudicar

**Perfusão tissular cerebral ineficaz** ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à atividade ☐ Mucosa oral prejudicada ☐ Período respiratório ineficaz

**Perfusão tissular periférica** ☐ Perfusão Tissular Cardiocirculatoria ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal ineficaz ☐ Perfusão tissular renal

**Temperregulação ineficaz** ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos deficientes

**Hiperm Excessivo de Líquidos** ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Percepção sensorial perturbada ☐ Irritação social prejudicada ☐ Incontinência fecal

**Eliminação urinária prejudicada** ☐ Constipação

**Outros:**

**INDICAÇÕES:**

**INTERVENÇÃO ENFERMEIRO:**

**Monitorar os sinais vitais, 26 anos, consciente, orientado, apresentando, o mesmo por vítima de acidente de carro, sem fratura em NLE (fechada) e com lesão no abdômen e membros inferiores. Enviar para UTI e fazer exames necessários em laboratório. Monitorar nível de consciência e sinais vitais com atenção. Manter em posição de conforto.**

**ENOQUE BARBOSA DA SILVA**  
SIT SERRINHA, S/N - ÁREA RURAL  
IMACULADA/ PB CEP: 50145000 (AG: 133)

Emissão: 26/01/2018 Referência: Jan/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Reterno: 12 - 143 - 873 - 1160 Nº medidor: 00001214731

**Energisa**

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA ENERGISA S/A  
B-230, Km 25 - Costa Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.096.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.829-0

Nova Fatura/Conta de Energia Efetiva Nº 001 357.772  
Cód. para Deb. Automático: 00012858734

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018	26/01/2018	27/02/2018	97945714404 PAC. EST.

UC (Unidade Consumidora): **5/1285873-4**

**Canal de contato**

Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, no Twitter e no LinkedIn. Sempre que precisar da gente, queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/12/17 Leitura: 5483	Data: 26/01/18 Leitura: 5541	1	58	29

Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Alíq. (%)	R\$	Base Calc.	Alíq. (%)	R\$	Valor
		Tributos Totais (R\$):	CMS (R\$):			ICMS	PIS/COFINS (R\$):		PIS/COFINS (R\$):	
0601	Consumo em kWh	58,000	0,14776	41,45	41,45	25	13,39	41,45	6,43	1,87
0601	Adic. B Vermelha			0,28	0,28	25	0,08	0,28	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			5,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	47,15	47,15	10,40	41,71	0,43	1,96
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO 02/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 47,15**

Histórico de Consumo (kWh)											
52	48	35	27	24	22	20	18	16	14	12	10
Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17

2ab1 54a3.c780.9439.f962.1fe4.e434.0b0a

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	35,5	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa PB	11,05	23,43
DO TRIMESTRAL	81,05			Compra de Energia	12,07	25,72
DO ANUAL	15,84	3,33	CONTRATADA	Serviços de Transmissão	1,70	3,61
DO SEMESTRAL	21,75		LIMITE INFERIOR	Encargos Setoriais	3,25	6,90
DO ANUAL	0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
DO BIENAL	18,60			Outros Serviços	0,00	0,00
DO TRIENAL				<b>Total</b>	<b>47,15</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**

Faturas em atraso

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
22 MAR 2018  
PROTOCOLO  
AG. 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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Edicelison Alves Barbosa</i>	CPF da Vítima <i>093.429.064-43</i>	Data do Acidente <i>18 / 02 / 2018</i>
--	--	---

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>emmanoela@hotmail.com.br</i>	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

<p><i>Traculada, PB, 11 de Maio de 2018</i></p> <p>Local e Data</p> <p><i>Edicelison Alves Barbosa</i></p> <p>Campo 1 - Assinatura do Beneficiário</p>	<p><i>Emmanoela</i></p> <p>Campo 2 - Assinatura do Representante Legal</p>
--	--