



10/08/2020

Número: **0803585-61.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33050962	10/08/2020 10:14	2740993_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

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 15831460

Pag. 01503/01504 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000020506-3

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

Pag. 01107/01108 - carta_15R - INVALIDEZ

00020554





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha uma opção de cobertura:



DIÁRIA (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou Aô:

3 - CPF do segurado

105.891.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 648/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

AVIADOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULO LACERDA

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58707-710

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECURSO INFORMAR



SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

R\$2.501,00 A R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (conforme para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (200)

☐ Itaú (363)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Pessoa ou banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4932

CONTA: 000201501

3

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposição na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONICIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Segundo casamento

☐ Viúvo

24 - Data da óbito da vítima:

25 - Caso de Fatores com a vítima:

26 - Última doença companheira(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informe o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informe o nome(s) e idade(s):

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou sucessores (herdeiros)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informe o nome(s) e idade(s):

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/pais vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito, 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 violação do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legítimo de quem assina a petição (a seguir)

013 733 724 86

35 - CPF legítimo de quem assina a petição (a seguir)

013 733 724 86

36 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

Luiza Brito Costa Fogaça

38 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

CPF: 028.925.724-18

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: Jurezinda Fogaça Fogaça

CPF: 930.327.724-72

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MARÇO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS 003 1003/2019

Scanned with CamScanner







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026352.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 01:09 min do dia 28/05/2020, na Delegacia Online, **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, nacionalidade Brasileiro(a), nascido(a) em 23/11/1973, idade 46, filho(a) de MARIA JOSE DE ARAUJO, CPF 105.891.404-93, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, na cidade de Patos/PB. CEP: 58707110, telefone(s) 83998802050, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 28/02/2020 17:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA JOAQUIM AMARO, MONTE CASTELO, Patos/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o notificante, na data 28.02.2020, por volta das 17:00 horas, conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAM 00498932435, licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Castelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos, que foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

B52FD52176B8ACAE2D47265CB8D88113

Código de Controle

ATENÇÃO: Este Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 026352.01.2020.0.00.704

1/1

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha uma opção de cobertura:



DIÁRIA (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou Aô:

3 - CPF do segurado

105.891.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 648/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

AVIADOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULO LACERDA

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58707-710

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECURSO INFORMAR



SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

R\$2.501,00 A R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (conforme para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (200)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Pessoa ou banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4932

CONTA: 000201501

3

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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 (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposição na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONICUS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

ONICUS

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da óbito da vítima:

25 - Caso de Fatores com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

26 - Última doença companheira(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informe o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tenha filhos, informe o nome e a data de nascimento:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou sucessores (herdeiros)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informe o nome e a data de nascimento:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/pais vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito, 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 violação do artigo 299 do Código Penal.

ASSINATURAS

34 - Nome legítimo de quem assina a pedido (a regra)

013 733 724 86

35 - CPF legítimo de quem assina a pedido (a regra)

013 733 724 86

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

Luba Brito Costa Fogaça

37 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

CPF: 028.925.724-18

Assinatura do testemunha

38 - 2ª Nome: Jurezinda Fogaça Fogaça

CPF: 930.327.724-72

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MARÇO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS 003 1003/2019

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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000020506-3

Nr. da Autenticação FEF357DAA99C351



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PATOS Rua Feliciano Cirne, 220 - Jd. Joo Pessoa - PB CEP 56.015-670 - CNPJ 08.123.834-0001-87		Nº de Matrícula: 29016436 Referência: 20200001 Data: 20/03/20		
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - RESIDENCIAL				
MARIA APARECIDA B DE LIMA - 2 RUA FRANCISCO PAULO DE CARVALHO, S/N - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-110				
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias		Responsável
075.010.230.0022.000	000	Residencial	Comercial	
		1	0	0
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y15NS21426	06/01/2016	EXTERNO	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	FIM DE DIA	
838	857	19	32	
18/04/2020				
HIST. CONS./ANOR. LITE. QUALID. ÁGUA/DETO DO PORT. 05/2017 MS				
FEB/2020	20	PERDA 100% E.E.G.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2020	27	TURBIDEZ	0	0
DEZ/2019	17	CLORO	0	0
NOV/2019	26	COL. TERMO	0	0
OUT/2019	20	CON	0	0
SET/2019	16	COL. TOTALS	0	0
MEDIA(M)	21	DADOS RESERVA: A: 100/20,00		
DATA DE DEBOLTAÇÃO: 17/05/2020				
PERDA DE 100 M3 - 18/04/20				
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE		10 M3	37,91	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,59 POR M3		9 M3	41,31	
ESGOTO				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - R\$ 30,23 POR UNIDADE		10 M3	302,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3		9 M3	35,19	
ACRESCIMOS MES(F5) ANT. 12/2019			4,65	
Juros de Mora 11/2019			5,40	
FATURAS EM ATRASO				
REF 202001	247,25			
REF 202002	162,97			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,00 PIS e COFINS 11,87 26,87				
VENCIMENTO:		Total a Pagar:		
29/03/2020				R\$ 157,49



WALDEY LEITE LEANDRO

RUA JARGAS MOURA COSTA, S/N - 58700430 - CEP 58700430
BELO HORIZONTE
PATOS (AG: 118)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL

Roteiro: 009 - 0118 - 285 - 4800

Nº do Medidor: 00000575646

MATRÍCULA: 1264583-2019-10-1

DOM. ENT:

LIGAÇÃO: MONOFASICO

DOM. BANC:

CNPJ/CPF/RANI: 059.007.684-14



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Dr. 220 Km 25 - Centro Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.055.183 / 006140 - Ind. Est. 16 015.623-0

Note Fiscal/Gerência de Energia Eficiente
Nº: 032.812.046

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Emissão: 17/10/2019

Identificador para Débito Automático: 0001264583-4

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PRÓXIMA ENTREGA

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

Outubro/2019

22/10/2019

14/11/2019

5/1264583-4

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (0,83%)	COFINS (R\$) (3,85%)
0601	Consumo em kWh	603,000	0,545400	0,798510	481,50	481,50	27	130,00	181,50	4,03	13,59
0601	Adic. D. Amarela				7,07	7,07	27	1,91	7,07	0,06	0,27
0601	Adic. B. Vermelha				16,45	16,45	27	4,44	16,45	0,14	0,63
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA				36,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2019				0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019				10,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 06/201				-0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI, Código da Classificação do Item

Total: 552,04 505,02 136,35 505,02 4,23 13,49

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO	131,88	23,86
COMPRA DE ENERGIA	173,65	31,43
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	19,59	3,55
ENCARGOS ELÉTRICOS	19,83	3,59
IMPOSTOS DE RETENÇÃO E ENCARGOS	107,59	19,57
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	552,54	100,00

je Usa Sist. Dist. (Ref 08/2019): R\$ 138,47

VENCIMENTO

29/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 552,04

Reservado ao Fisco

a5e5.3cbf.5531.1a19.8fd3.1631.12a6.5652

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/08/2020 10:14:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081010140004900000031639719>

Número do documento: 20081010140004900000031639719

Num. 33050962 - Pág. 9



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 YURE PEREIRA GOMES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404 / 93

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404 / 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.000,00 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 JARBAS MOURA</u>	Número:	<u>514</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>SELO HORIZONTE</u>	Cidade:	<u>PATOS</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:		CEP:	<u>58709-430</u>	Tel.(DDD):	<u>(83) 9.9880-2050</u>

Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

Yure Pereira Gomes
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Scanned with CamScanner





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 9.513/98.

Pelo exposto, eu YURE PEREIRA GOMES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024, 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404, 93

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.891.404, 93, 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 JARBAS MOURA</u>	Número: <u>52</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BOLO HORIZONTE</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58200-430</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9.9880-2050</u>

Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

Yure Pereira Gomes
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Scanned with CamScanner





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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 458-44

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 27/08/2020	Comarca nº: 0231	Paciente / Usuário: Roberto da Silva de Almeida	Idade: 46	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local de Ocorrência: Rua...		Endereço: ...	Médico Regulador: ...	
Agilo no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PAF ☐ CPTRAN ☐ STERAM ☐ TROTE ☐ Outro:				
GTA: ☐ Solicitado por telefone ☐ Realizado atendimento ☐ Solicitado pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro:				

TIPO DE AGRADO:

☒ AGENTE DE TRÁFICO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CUMIDO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABERTU/GOVERNAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.S.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ EROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☒ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERVENÇÃO DE ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ INOCUMENTES
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHU RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA EMERGENCIAL
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: [Assinatura] RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 140 x 100 FC: 72 FR: 18 TEMP: 36,5 °C - GLICEMIA: mdl - E. Com a: SpO2a/O2: 97% SpO2v/O2: 97%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Ineficaz ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desnutrição Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desestruturação Ineficaz das VVAA ☐ Disfunção Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Insegurança da
Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Ineficiência e Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal
Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume
Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Inconsciência Intelectual
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES

Monitorar sinais vitais e nível de consciência.
Administrar medicação prescrita.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

10:00h - Paciente está em estado de alerta, com sinais vitais estáveis.
10:30h - Paciente está em estado de alerta, com sinais vitais estáveis.
11:00h - Paciente está em estado de alerta, com sinais vitais estáveis.
11:30h - Paciente está em estado de alerta, com sinais vitais estáveis.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1. 40mg de Insulina 100mg/100ml (12ml)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Suelio Moreira Torres COREN: 310.719 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONEXITO: _____

Scanned with CamScanner



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	97825	HORA	18:19	PRONTUÁRIO	4253
DATA	28/02/2020	OPERADOR	LCLEA		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO	IDADE	46a 3m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA JOSE DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA				
CIDADE	PATOS	PB	58704000		
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO SN				
BAIRRO	MONTE CASTELO				
NATURALIDADE	CACIMBA DE AREIA				
TELEFONE	83996911207	CELULAR	83996911207		
C.N.S.	700404916244142	IDENTIDADE	4.153.900		
C.P.F.	105.891.404-93	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/11/1973	COR	PARDO		
EST.CIVIL	UNIAO ESTA	PROFISSÃO	AMPARO		

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG Ass. Resp./Paciente Lubia C. Costa Fraga

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

Vitima colisão moto x moto

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

Do 2º Exame + Sinais físicos Pernas @

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Rx Pernas @*

DIAGNÓSTICO *Fraturas expostas tíbia e fêmur @* CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data 08/03/20 Hora 7 H 0 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João H. Gonçalves Lima Neto
CRM 14617



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	AMPARO		
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	n°SN	BAIRRO MONTE CASTELO
ENDEREÇO	PATOS	U-F PB	CEP 58704000
CIDADE	(83)9969-1128	CPF	CELULAR 83996911287
TELEFONE	700404916244142		REG. NASC.
CNS	R.G. 4.153.900		
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Luba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Acidente de trânsito		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Exame físico		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	Solicitação de Parecer		
DIAGNÓSTICO	Outubro		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	Outubro		
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS			
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO			
MEDICO/CRM/CNS			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

03a1b600G1



 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEB SANADRY LOPES		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: <i>Resumo bom a cargo</i>				Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <i>28/02/20</i>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <i>A. José Soares</i>		1º Auxiliar: <i>A. Gomes</i>		Instrumentador:		
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Anestesiologista:		
Anestesiologista:		Tipo de Anestesia:				
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>fratura exposta do antebraço</i>						
Tipo de Cirurgia: <i>fixação externa</i>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>o mesmo</i>						
Relatório Imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Pint com substância antisséptica 2) Posicionamento + colocação do membro 3) Anestesia f.o + fixação externa 4/5/6/7/8 4) Realização da fixação externa 1/2/3/4/5/6/7/8 5) Sutura + curativo	
João H. Suassuna Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 1417	

RELATÓRIO DE CIRURGIA





PACIENTE: <u>ROSELIANO FARIAS DE ARAUJO</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL UFPA - 2013001-000001  GOVERNO DA PARAIBA
QT:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>A153</u>	
CIRURGIÃO: <u>DR. GILSON</u>		CIRURGIÃO: <u>DR. GILSON</u>			
ANESTESIA: <u>RAUPEL</u>		ANESTESISTA: <u>DR. GILSON</u>			
INSTRUMENTADORA:		DATA: <u>28/02/20</u>	INÍCIO: <u>18:45</u>	FIM: <u>19:40</u>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	+	Scalp <u>3,59%</u>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>MS 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain <u>aproximado</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimidate	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
1	Dimorf <u>0,2</u>		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		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	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <u>clonazepam</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Piasil <u>ondansetron</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 Vi		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 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	1	<u>nylon 6-0</u>



PACIENTE: <i>Rosildo Tavares de Araújo</i>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL RUA LUIZ VIANA CARNEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.: <i>11</i>	LEITO: <i>01</i>	CONVÊNIO: <i>305</i>	IDADE: <i>46</i>	REGISTRO: <i>4053</i>	
CIRURGIÃO: <i>Dr. Fábio Spei</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. Fábio Spei</i>		
ANESTESIA: <i>Raque</i>			ANESTESISTA: <i>Dr. Nogueira</i>		
INSTRUMENTADORA: <i>-</i>		DATA: <i>06.03.20</i>	INÍCIO: <i>09:15</i>	FIM: <i>-</i>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	/	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	/	Sealp <i>20.91</i>
	TX. Bomba de Infusão	<i>01</i>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	/	Lâmina de Bisturi <i>10.24</i>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	/	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	/	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	/	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	<i>01</i>	Eletrodos desc.
/	Neocain <i>PESADA</i>	/	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
/	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	/	Agulha Descartável
X	Água destilada 10 ml		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
/	Cefalotina 1g <i>2g</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
/	Dixtal <i>Descontar fatura</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
/	Plasil <i>amida de fatura</i>		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 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
/	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 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		<i>Uylen 2-0</i>



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente: Rosmário Tavares de Araújo RG: 4.453.900

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: ____/____/____

- ☒ 1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☒ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☒ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☒ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
- ☒ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☒ 6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ 7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Helio Cirilino Costa Froga
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, ____ de ____ de ____

Assinatura do Médico



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA

Recebido no Centro Cirúrgico Rodolfo Augusto Araújo Sala 03

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

Antecedentes Pessoais:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ AVE ☐ Epilepsia
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☒ Doença Cardíaca
 Alergia sem Tempo de jejum

ATO CIRÚRGICO
 Data da cirurgia 06/03/20 Hora 09 h 15 Cirurgia Realizada proct. em Feat. H17a distal e
 Anestesia PM + Raccu Cirurgião Dr. Fátima
 Auxiliar Tipo de anestesia Raccu
☒ Antibiótico

SEGURANÇA E PROTEÇÃO
 Glicemia mg/dl RX: ☒ Sim ☐ Não Hb g/dl Ht %
 Exames alterados: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Anestesias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR
 Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R SP02 96% irpm/min T 36 °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☒ NÃO
 Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES
☒ S. Fisiológico 500 ml ☐ S. Glicosado ml ☐ R. Lactato ml
☐ Plasma ml ☐ C. Hemácias ml ☐ Manitol ml
☐ Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO
☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG
☐ Outros

Início da Cirurgia 09:15 Final da Cirurgia

DESTINO
☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Patos 06/03/20

SUELIO MOREIRA TORRES
 Enfermeiro(a) Teórico de Enfermagem



SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

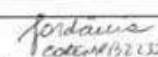
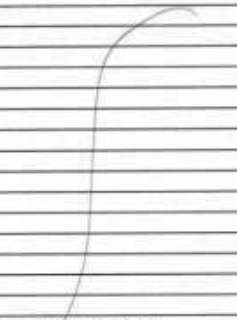
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
	08/07 Paciente admitido às 20:20 na futura exposto. Teve até E procedimento do Nível (insuficiente) e por operação com fixação. Erro segue aos cuidados da equipe de E.N.F. - enfermeiros.
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
	08/07/20 - Paciente admitido do Saco Cirúrgico às 20:20 mte de natureza exp. líquida. distal @. Sem queixas Segue aos cuidados da equipe
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico





Assinatura e rubrica do Técnico

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
paciente A.B., com antecedente de derrame e queda recente a custo comorbidade hipertensão de 10 de 10x e mais elevadas de 10x Olegata aos cuidados de enfermagem	paciente em uso de medicação com fralda extensiva em MTE apresenta prurido no cintura e náusea, com nódulos medulares, conforme prescrição médica
 Assinatura e carimbo de Enfermeiro	 Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente estável realizando curativo em ferida em MTE apresentando complicações nada realizando curativo com compressa dica, 1g 500mg, 0,5% VV, segue com curativos da equipe	Paciente segue com curativo segue com curativos
	
Maticêlia Guimarães Lima COREN-PB 351898TE Assinatura e carimbo do Técnico	Maticêlia Guimarães Lima COREN-PB 351898TE Assinatura e carimbo do Técnico





SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente sem queixas no momento segue sob cuidados da equipe. 35-06	Paciente apresenta episódios em episódios avaliados pelo Condicionador da segunda os familiares recebem informação da Unidade sobre o tratamento e a importância dos cuidados da equipe.
Assinatura e carimbo do Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
04-03-20 - paciente epiléptico em tratamento com medicamentos, não há relatos de crises, segue sob cuidados da equipe de enfermagem.	Paciente consciente, orientado, não há relatos de crises, segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e carimbo do Técnico

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
5h - Paciente avaliado em ECG, dados dentro dos limites normais. Fisiologia presente e normal. (SIC), não há infecção, impedida. - Realização de curativo na HIE (com fissura externa). Medicação (CPM) administrada na corrente, aguardando colheita, mas resultados de enfermagem. Assinatura e carimbo de Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO Paciente avaliado em ECG, dados dentro dos limites normais. Fisiologia presente e normal. (SIC), não há infecção, impedida. - Realização de curativo na HIE (com fissura externa). Medicação (CPM) administrada na corrente, aguardando colheita, mas resultados de enfermagem. Assinatura e carimbo do Técnico	10h e 16h, com a presença de enfermagem e enfermeiro, fizemos a troca da sonda. Durante esse processo, não houve alteração na HIE. Logo após a troca da sonda, a paciente foi avaliada e não houve alteração na HIE. Logo após a troca da sonda, a paciente foi avaliada e não houve alteração na HIE. Assinatura e carimbo do Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO 05.03.20 às 20h - Paciente em bloqueio sem alteração. Cap no quadrado clínico. O paciente, com a presença de SIC, manteve-se quieto com cuidados. Assinatura e carimbo do Técnico





Paciente: Rorinaldo Santos Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: JJ Leito: 01 Data: 03.03.20 - 07.03.20

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANGUARY CARNEIRO GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. 2. 1. Du
2. 100.00 - 100.00 a 70h
3. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
4. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
5. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
6. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
7. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
8. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
9. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
10. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
11. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
12. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
13. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
14. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
15. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
16. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
17. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
18. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
19. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
20. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
21. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
22. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
23. Diabete tipo 2 - 10 a 60h

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1. 2. 1. Du
2. 100.00 - 100.00 a 70h
3. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
4. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
5. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
6. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
7. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
8. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
9. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
10. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
11. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
12. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
13. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
14. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
15. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
16. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
17. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
18. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
19. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
20. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
21. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
22. Diabete tipo 2 - 10 a 60h
23. Diabete tipo 2 - 10 a 60h

SINAIS VITAIS

06:00 h 12:00 h 18:00 h 24:00 h

Tax: 35.4°C P: 70 bpm Tax: 36.0°C P: 70 bpm Tax: 35.9°C P: 70 bpm
R: 100 mmHg SpO2: 90% R: 100 mmHg SpO2: 90% R: 100 mmHg SpO2: 90%
PA: 100 x 80 PA: 100 x 80 PA: 100 x 80
HGT: 115 mg/dl HGT: 115 mg/dl HGT: 118 mg/dl
Diurese: 0 ml Diurese: 0 ml Diurese: 0 ml

Visita Médica: Data: / / h

Dr. Carlos Roberto de Sá
CRM 10.101/2019

Dr. Carlos Roberto de Sá
CRM 10.101/2019



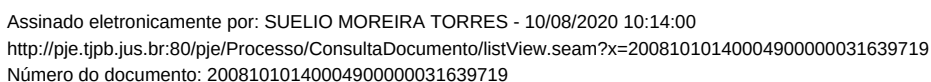
Secretaria de Saúde do Est.
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduíhy Carni
patos - Para

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Rosinaldo *foram* Diagnóstico: _____
Setor/Enfermaria: 41 Leito: 03 Data da Adm: ____/____/____
DATA: 21/01/20 ____ : ____ h

1.	DIETA ORAL	PLDM	INTERCORRÊNCIAS DAS 24H
2.	SF 0.9% 1000ML EV		
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV		
4.	TILATIL 10MG 12/12 HS EV	12/12	12/12
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS	12/12	12/12
6.	CAPTAPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG	12/12	12/12
7.	LIQUE MINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS	12/12	12/12
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS	12/12	12/12
9.	NAUSEADRON 8/8 HS EV (S/N)	12/12	12/12
10.	CEFAZOLINA 1 G + AD 8/8 HS	12/12	12/12
11.	CURATIVO	12/12	12/12
12.	SSW+CCGG	12/12	12/12
13.	Gentamicina 240g + SF 0.9% 200 @ 12/12	12/12	12/12
14.	Alb. 66h q probado mltimo.	12/12	12/12
15.	Medicaco com familiar.	12/12	12/12
16.		12/12	12/12
17.		12/12	12/12
18.		12/12	12/12
19.		12/12	12/12
20.		12/12	12/12

SINAIS VITAIS															
06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg	
HCT:		mg/Dl		HGT:	J&J	mg/Dl		HGT:	J&J	mg/Dl		HGT:	J&J	mg/Dl	



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	AMPARO	BAIRRO	MONTE CASTELO
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	CEP	58704000
ENDEREÇO	PATOS	CELULAR	83996911287
CIDADE	(83)9969-1128	REG. NASC.	
TELEFONE	700404916244142		
CNS	R.G. 4.153.900		
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
CARATER	02 - URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Liliana Cristina Costa Fogaça		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Acidente de trânsito			
Acidente de trânsito			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)			
Solicitação de parecer			
Solicitação de parecer			
DIAGNÓSTICO			
Procedimento (descrição)			
Materiais, medicamentos e outros			
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO			
MEDICO/CRM/CNS			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TCM

030260061



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 28/02/2020 Hora 17h28 Gênero He 46 anos
 Nome/Nome Social Rosinaldo Tavares de Araújo
 Origem* Via Pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não
 Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas 007 Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não
 Motivo do atendimento* 007
 Cliente Pator
 Transporte AMU
 Alergia? ☒ Não ☐ Sim
 Uso de medicação? ☐ Não ☒ Sim
 Doença prévia? ☐ Não ☒ Sim Cardio Pator
 Temp. °C Pulso bpm Resp. lpm SpO₂ % PA mmHg HGT mg/dl
 Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável
 Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☒ Laranja Urgência
 Especialidade Médica Urgência
 Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preenchimento

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES
RFB 403.150 - EHF
Enfermeiro



CARATER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- | 2- | 3- |

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO DATA: / / HORA: :

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

DATA	HORA	
		# 010120 28/02/20 18:20
		Hb: Fatores expostos: Tiro no peito (6)
		Cd: Examinado M. B. O. Lirico
		João H. S. S. Laureano
		Ortopedia e Traumatologia
		CRM/PR 7417



Da Clínica Ortop Enfermaria II
A Clínica univ. com Leto 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Vitória Leles - Motx 165 165 0220
Doença do 1º e 2º graus de Retin. Hemat.

(6)

Data 03/05/20

Yelo H. Siqueira Lourenço
Otorrinolaringologista
CRM 1417

Assinatura do Médico Consultor

PARECER:

urgência ferot.

Reente Ulm de audito de unfo referendo
da fona (Hemitoria Esquerda) piro, a infirmita
RK. BEG, AAA, univite, univite, ECG 15

1. NOTIFICAR

CO. Salto Radiografia de fona 16x
prof. Ruvabio após exame.

15 17:30 R. ZORIK SEM
de unfo de unfo de unfo
de unfo de unfo de unfo

Data 01/03/20

Elton M. P. Pires
CRM 1417



DIAGNÓSTICO:

CID-10:

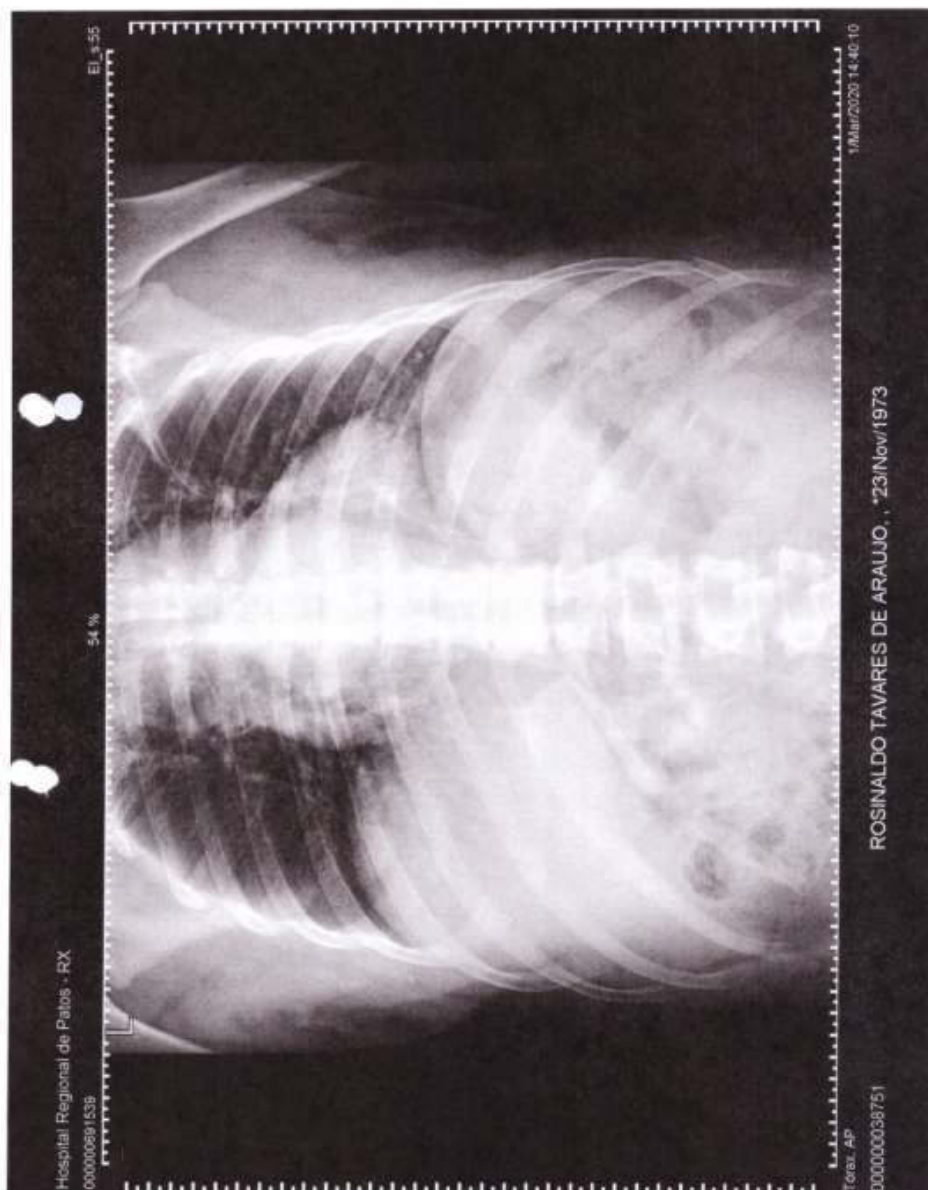
F50.9 813 2662 2662 6

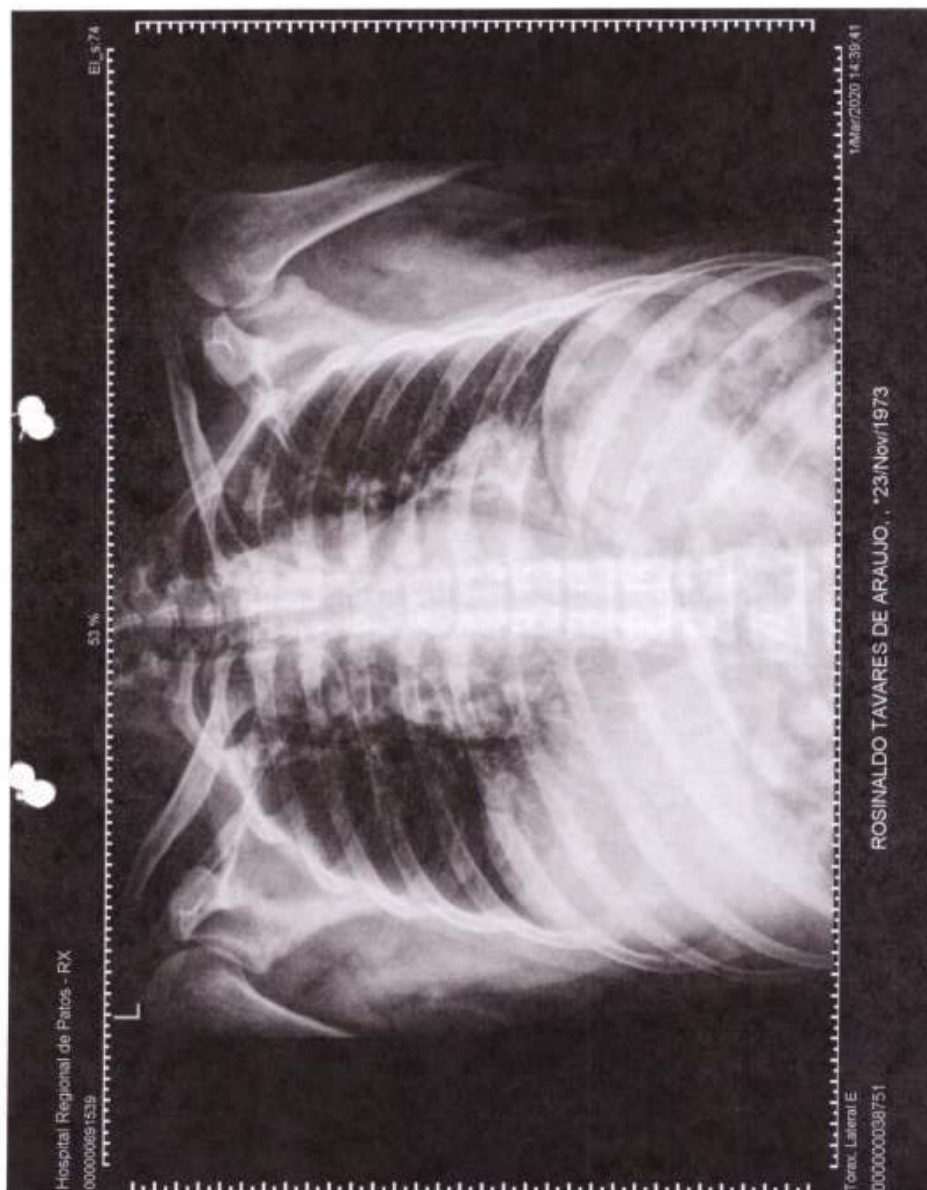
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

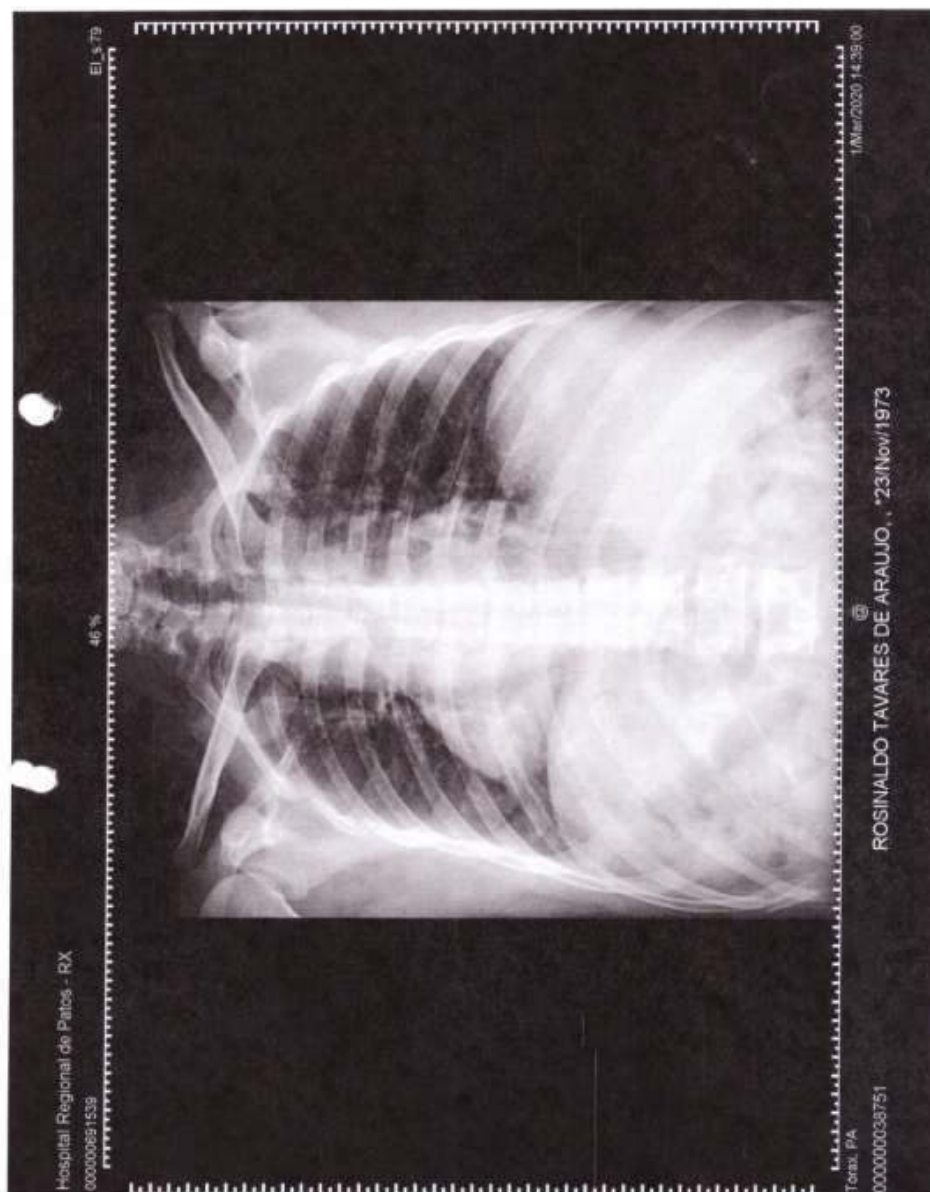
fixação externa + Póster

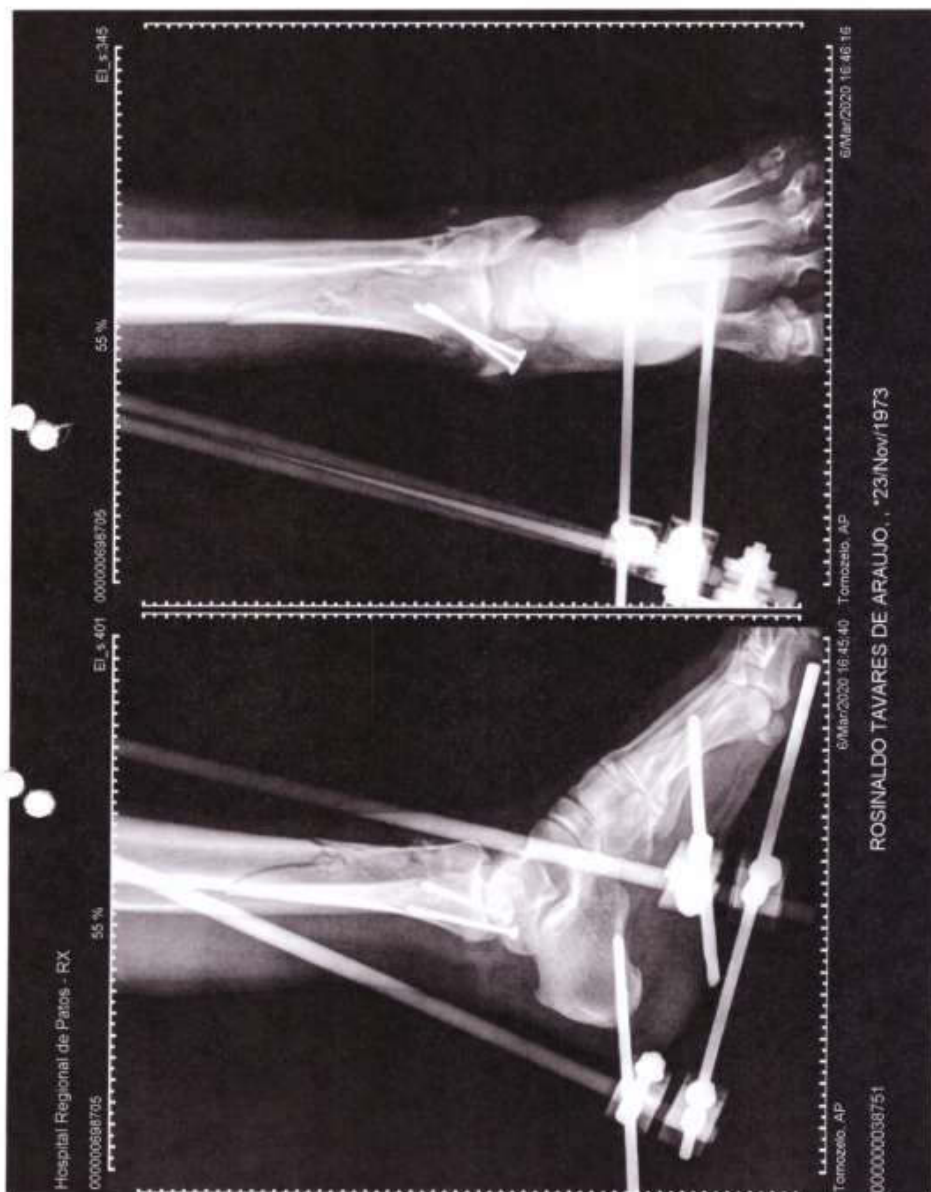




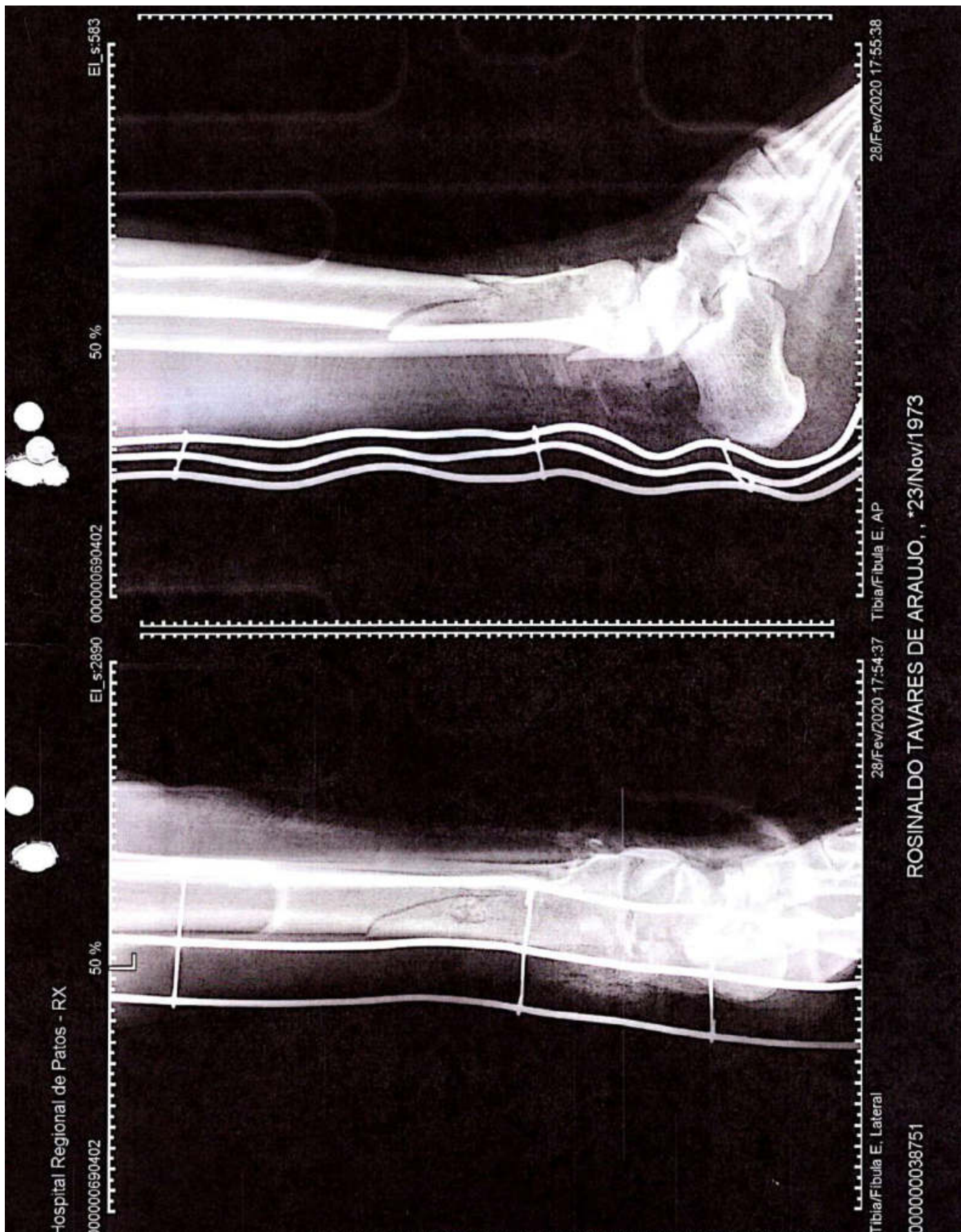






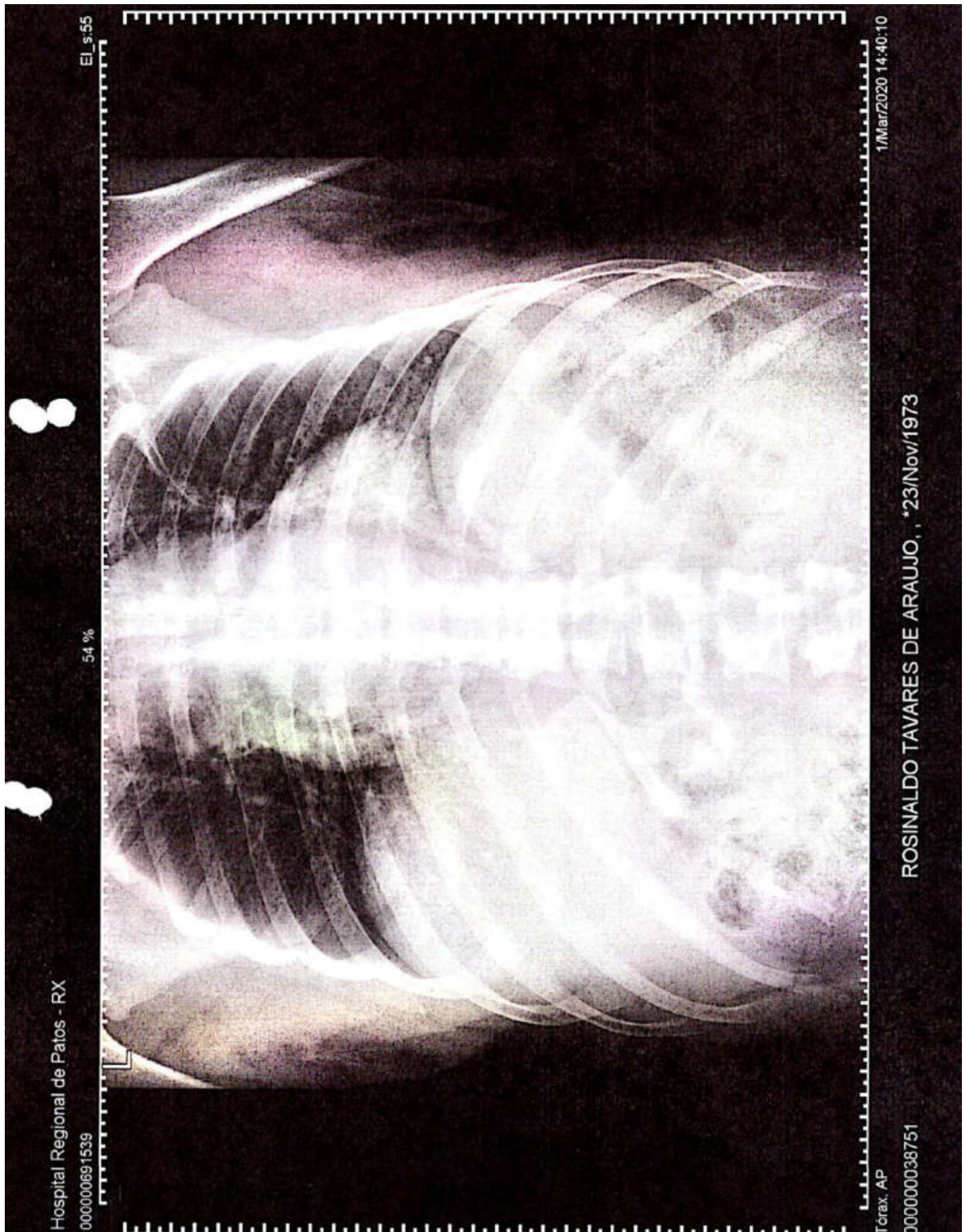






Digitalizado com (





Digitalizado com (

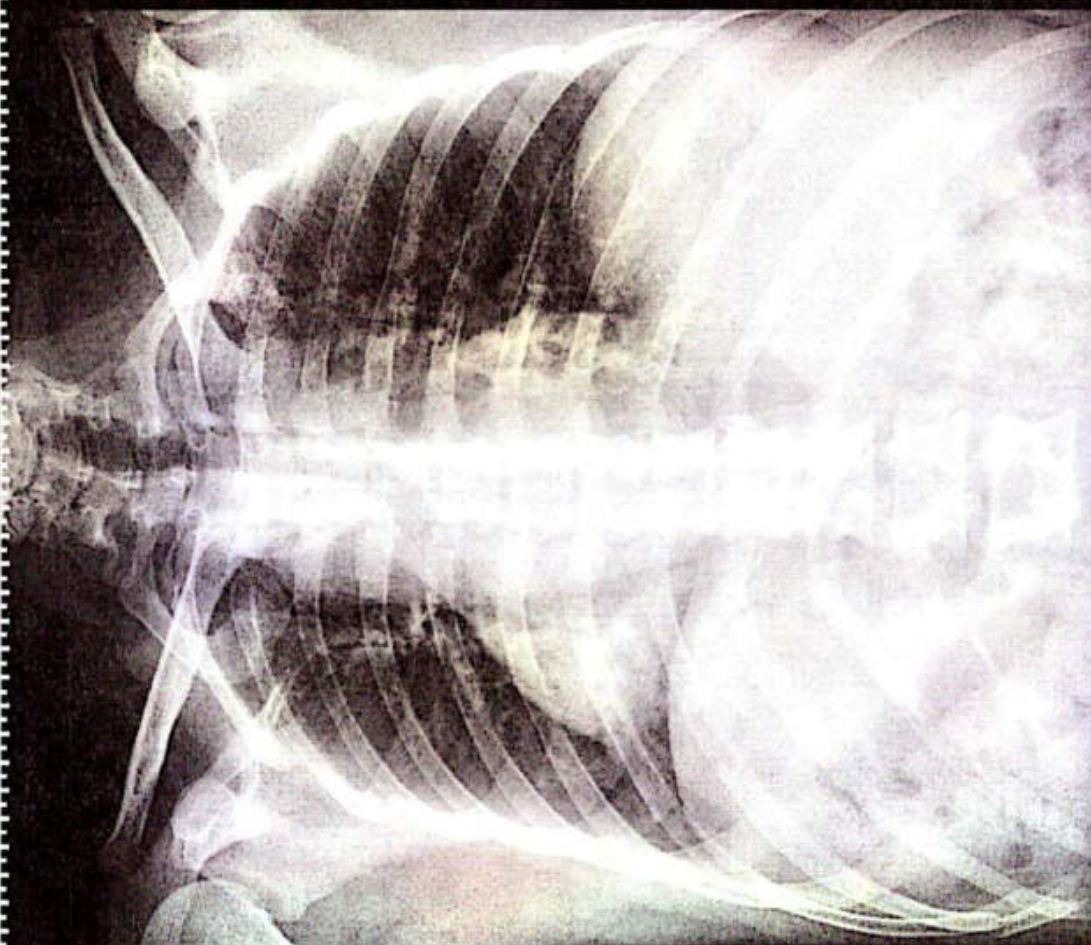


Hospital Regional de Patos - RX

000000691539

45 %

El_s:79



Tórax, PA

000000038751

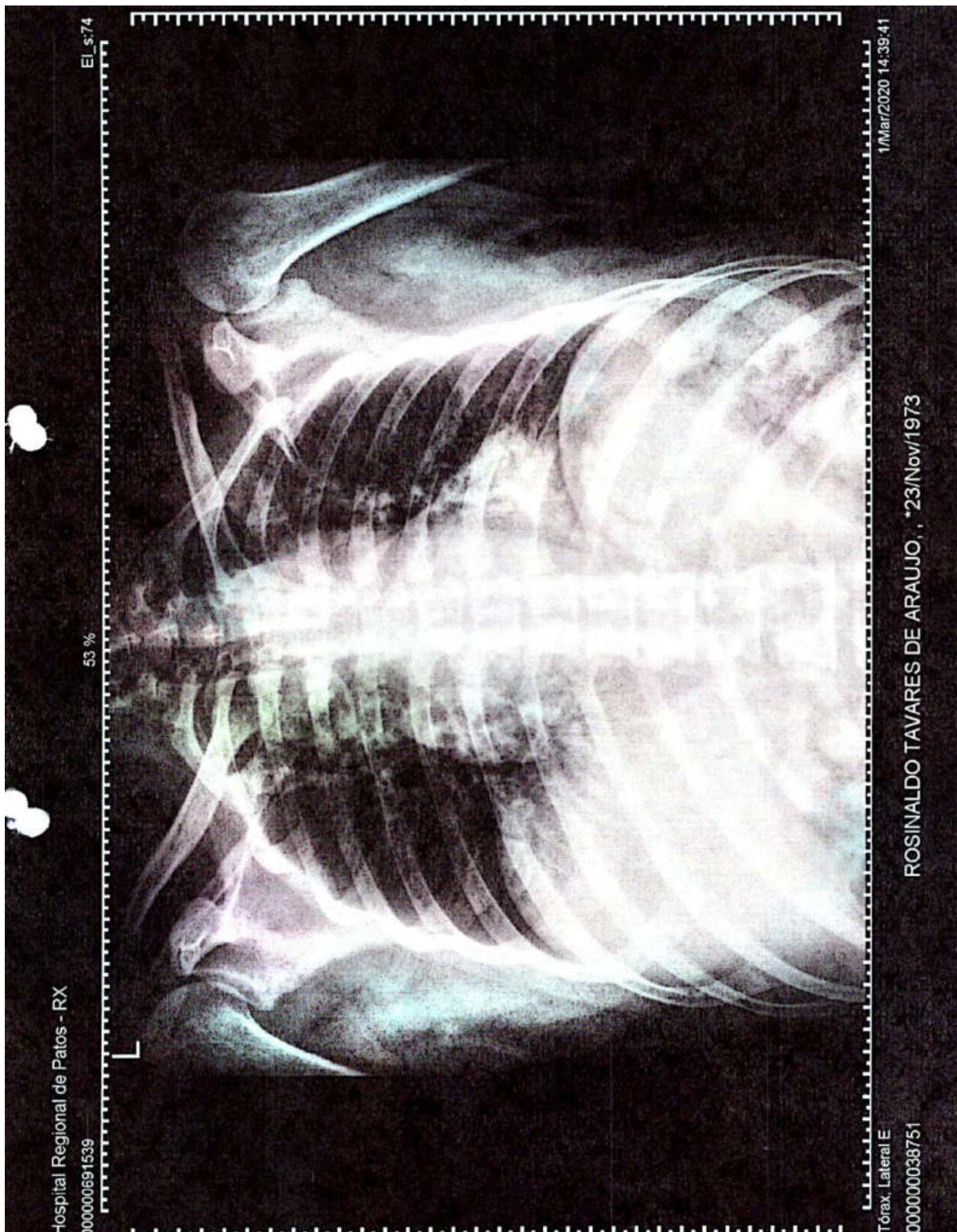
1/Mar/2020 14:39:00

@

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973

Digitalizado com (





Hospital Regional de Patos - RX

000000691539

53 %

El_s:74

Tórax, Lateral E

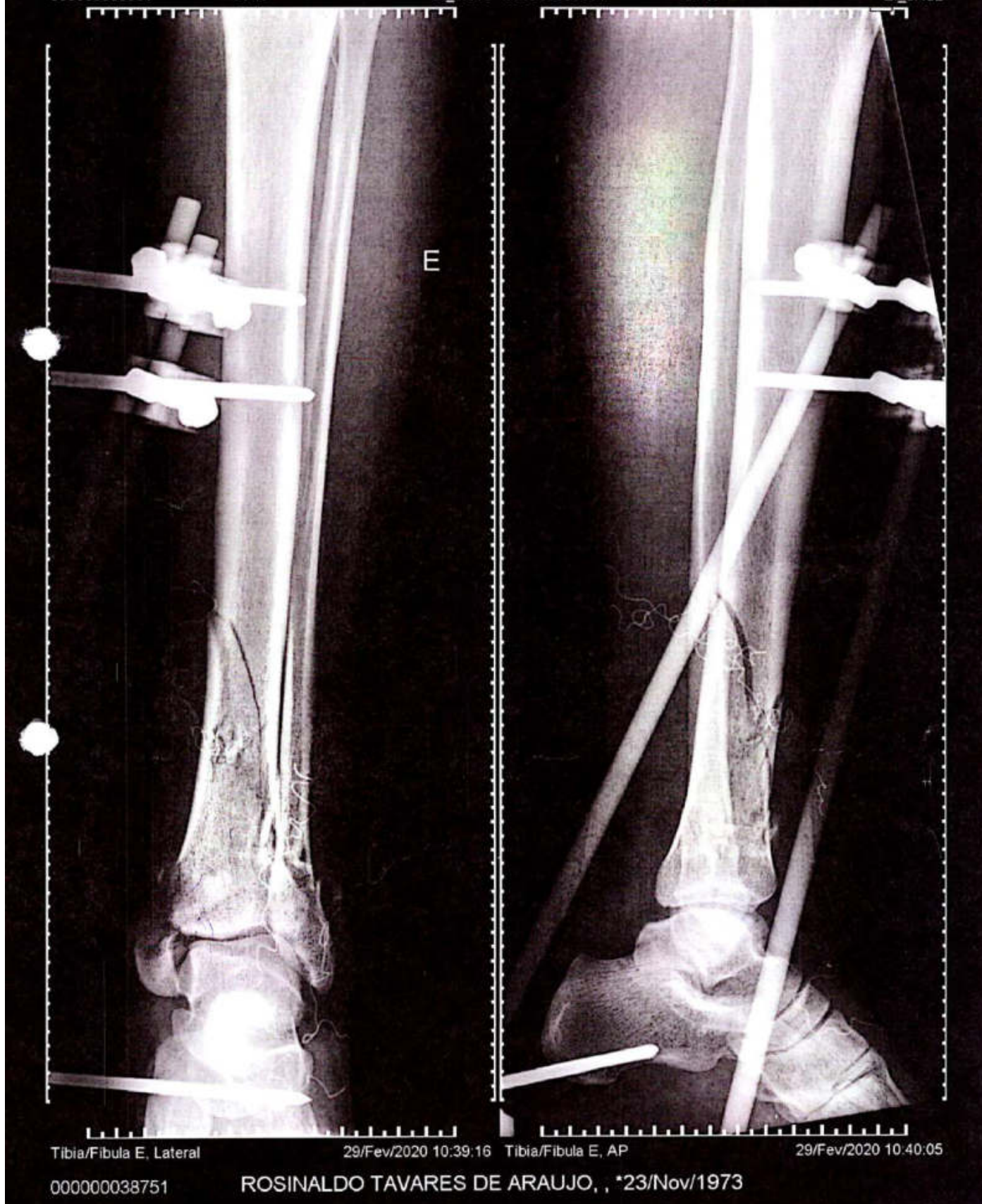
000000038751

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO, *23/Nov/1973

1/Mar/2020 14:39:41

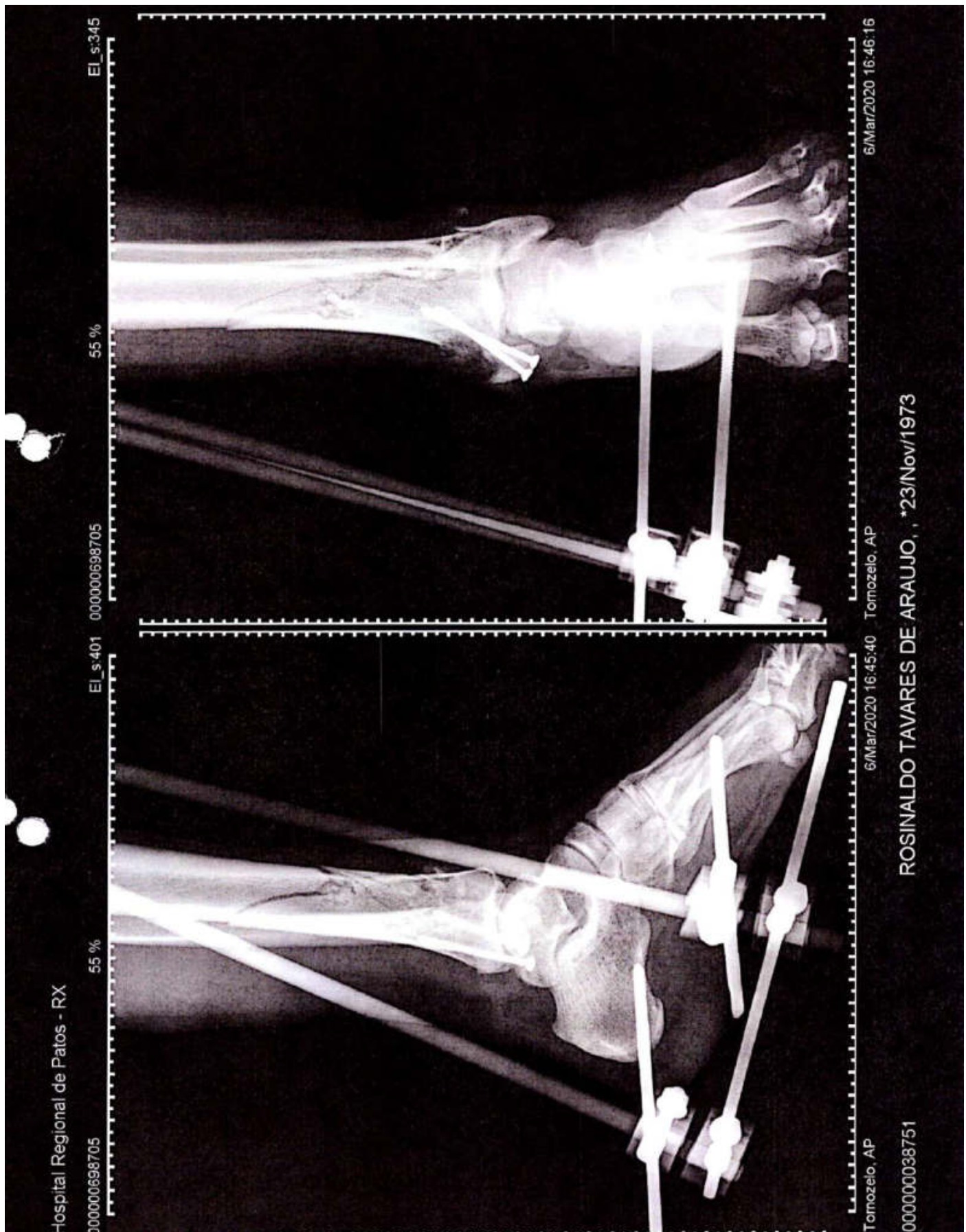
Digitalizado com (





Digitalizado com (





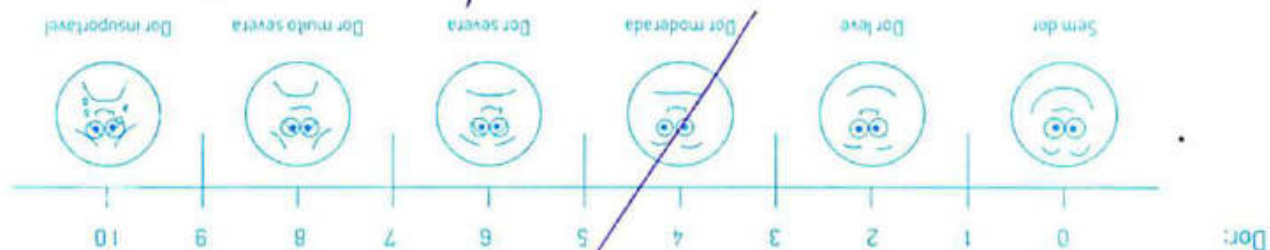
Digitalizado com (



Acompanhante: () S/ Acompanh. (Setor Crítico) () S/ Acompanh. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) () Acompanh. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acompanh. p/ paciente com cond. clínica limitadora

Especialidade Médica Urologia

Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo () Verde () Azul () Laranja



Temp. °C Pulso bpm Resp. irpm SpO₂ % PA mmHg HGT mg/dl

Doença previa? () Não () Sim

Uso de medicação? () Não () Sim

Alergia? () Não () Sim

Transporte ambu

Cliente patol

Motivo do atendimento*

Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas 007

Regulado? () Sim () Não

Encaminhado? () Sim () Não

Nome/Nome Social Rafael Tavares de Araujo

Via Pública

Origem*

Data 28/02/2020 Hora 17h 28 Genero He 46anos

Digitalizado com (



18:00 28/02/2020

[illegible]

Digitalizado com (



PESO=	PA=	X	mmHg	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)				
Histerectomia				
Exame físico				
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)				
SOLICITAÇÃO DE PARECER				
H mín				
DIAGNÓSTICO				
Soc. 1x de uso				
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)				
Outro dia				
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS				

Digitalizado com (



DATA DA SAIDA

MOTIV

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido () Obito

Data 04/03/20
Hora 7 H Min 00

DADOS DA SAIDA

DIAGNOSTICO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Ratio X, laboratoriais)

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

Do not forget to save the file! (e)

Vitro and in vivo

ANAMNÉSE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG ASS. Resp./Paciente

NASCIMENTO
EST.CIVIL

UNIAO ESTA
23/11/1973

COR
PROFISSÃO

PARDO
AMPARO

C.P.F.

700404916244142
105.891.404-93

IDENTIDADE
REG. NAC.

4,153,900

Digitalizado com (



	Acidente Durante a Cirurgia:
	Exame Radiológico no ato:
	Relatório Imediato do Patologista:
	Diagnóstico Pós-Operatório:
	<i>O/Moreira</i>

Digitalizado com (





Recebido no Centro Cirúrgico Reservado Recursos de Material Sala Algarve

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro _____

Antecedentes Pessoais:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ A.V.E. ☐ Etilista

☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☒ Doença Renal ☐ Doença Cardíaca

Alergia Urticária

Ato Cirúrgico

Data da cirurgia 28/02/20 Hora 18h 45 Cirurgia Realizada MD em defeito exposto de

Anestesia Dr. Helisson Cirurgião Dr. João Tipo de anestesia Racina

☐ Antibiótico _____

Segurança e Proteção

Glicemia _____ mg/dl RX: ☒ Sim ☐ Não Hb _____ g/dl Ht _____ %

Exames alterados: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

Anestésias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

Tricotomia: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

Resposta Cardiovascular

Pa 120/80 mmHg P 81 bat/min R 98% irpm/min T _____ °C

Intercorrência no ato anestésico ou cirúrgico? ☐ SIM ☒ NÃO

Especificar _____

Infusão/Soluções

1000 ml ☒ S. Fisiológico 1000 ml ☐ S. Glicosado _____ ml ☐ R. Lactato _____ ml

1000 ml ☐ Plasma _____ ml ☐ C. Hemácias _____ ml ☐ Manitol _____ ml

Serviços Requiridos no Trans Operatório

☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG

☐ Outros _____

Início da Cirurgia 18:45 Final da Cirurgia _____

DESTINO

☒ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soró e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp 859%
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi m24
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletródos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Publironal a 0,5%		

PACIENTE:		Rogério Tavares de Araújo	
QT:	LEITO:	CONVÊNIO:	505
CIRURGIÃO:	Dr. Paulo Guayma		
ANESTESIA:	Dr. Paulo Guayma		
INSTRUMENTADORA:	Dr. Paulo Guayma		
DATA:	28/02/20	INÍCIO:	18:45
FIM:	19:40		



Digitalizado com (



Nome: Paulo Roberto de Aguiar

Sexo: () Feminino (x) Masculino Idade: 45 kg Altura: 1,70 Cor: branco

Data Nascimento: 10/10/1974 Pressão Arterial Pulso: 130/80 Respiração: 18

Temperatura: 36,5 Tipo Sanguíneo: B+ Hemáticas: 12.000 Hemoglobina: 15

Hematócrito: 38 Glicemia: 100 Ureia: 10 Outros: —

a: —

Aparelho Respiratório: APN Asma: — Bronquite: —

Aparelho Circulatório: APN Eletrocardiograma: —

Aparelho Digestivo: APN Dentes: — Pecoco: — Ap. Urinário: —

Estado Mental: — Ataxicos: — Corticoides: — Alergia: — Hipotensores: —

Diagnóstico Pré Operatório: — Estado Físico: — Risco: —

Anestesia Anteriores: —

Medicação Pré-Anestésica: — Aplicada às: — Efeito: —

INDUÇÃO

Satisf. Excit. Tosse

Laringo Espasmo Lenta

Náuseas Vômitos

Outros

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim Não

Não, porque?

DESPERTAR

Reflexos na SO

Obstr. CO2 Excit.

Náuseas Vômitos

Outros

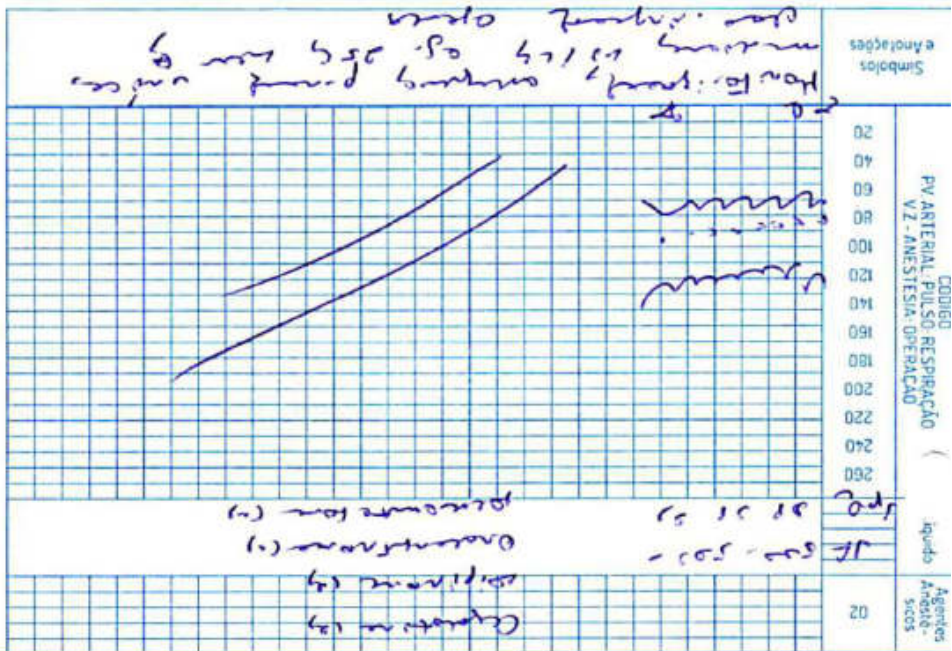
Com cânula para o leito sim não

Posição DPE

Agentes: — Técnica: — Cirurgião: — Observações: —

Anestésistas: — Operação: — Cânula: —

Observações: —



	Pavulon	
	Dorminid	
	Fetanil 0,05 mg	
	Xilestesin a 5%	
	Inoval	
	Xilocaina a 2%	
	Etodimide	
	Ketalar	
	Pubicovaina 0,5%	
	Dimorf	
	Lanexat 0,5 ml	
	Narcan	
	Forane	
	Sufenta	
	Diazepan	
	Agua destilada 10 ml	
	Prostigmine	
	Atropina	
	Adrenalina	
	Efortil	

Digitalizado com (



Digitalizado com (



TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e

Assinatura do Paciente ou Responsável

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Suelio Moreira Torres

1. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.
2. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e as formas dos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
5. Situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações graves, inclusive risco de morte.

Nome: ROBERTO YANAR Idade: 1/6 Sexo: () Feminino (x) Masculino
 Data Nascimento: 1/06/2019 Pressão Arterial Pulso: 120/80 Respiração: 20
 Temperatura: 36.5 Tipo Sanguíneo: O+ Hemáticas: 12.0 Hemoglobina: 15.0
 Hematócrito: 45 Glicemia: 100 Uréia: 10 Outros:
 Urina:
 Aparelho Respiratório: Asma: Bronquite:
 Aparelho Circulatório: Eletrocardiograma:
 Aparelho Digestivo: Dentes: Pecoço: Ap. Urinário:
 Estado Mental: Ataxicos: Corticoides: Alergia: Hipotensores:
 Diagnóstico Pré Operatório: Estado Físico: Risco:
 Anestesia Anteriores:
 Medicação Pré-Anestésica: Aplicada às: Efeito:
 Observações:

Posição: Supino Agentes: Propofol + N2O Técnica: Propofol Cirurgião: Dr. Roberto
 Anestesia: Propofol Operação: Propofol Anestesia: Propofol

Simbólos e Anotações:
 PV ARTERIAL, PULSO RESPIRAC
 V2 - ANESTESIA, OPERACAO
 LUNGO
 Líquido Anestésico: 02
 Outros:
 Nauseas: Vômitos:
 Saturação: Excit.: Tosse:
 Laringo Espasmo: Lenta:
 Outros:
 MANUTENÇÃO:
 Anestesia Satisf. Sim: Não:
 Não, porque?
 DESPERTAR:
 Reflexos na S0:
 Obstr.: CO2: Excit.:
 Nauseas: Vômitos:
 Outros:
 Com cânula:
 para o leito sim: não:

Digitalizado com (



ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 06 / 03 / 20 Hora 09 h 15 Cirurgia Realizada em sala de cirurgia e
 Anestesia de manutenção Cirurgião Dr. Fausto
 Auxiliar Tipo de anestesia Raqui

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Glicemia mg/dl RX: () Sim () Não Hb g/dl Ht %
 Exames alterados: () Sim () Não Especificar

Cirurgias anteriores: () Sim () Não Especificar
 Anestésias anteriores: () Sim () Não Especificar
 Tricotomia: () Sim () Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR

Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R 50 x 20 60 60 irpm/min T 36 °C
 INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? () SIM () NÃO

Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES

() S. Fisiológico 500 ml () S. Glicosado ml () R. Lactato ml
 () Plasma ml () C. Hemácias ml () Manitol ml
 () Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO

() Anatomia Patológica () Laboratório () Radiologia () Banco de Sangue () ECG
 () Outros

Início da Cirurgia 09:15 Final da Cirurgia

DESTINO

() URPA () Clínica Cirúrgica () UTI () Maternidade () Alta () Óbito () Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



Assinatura e carimbo de Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO Paciente evoluí em EGA, corcunda, oníphaga, Deam- nado com auxílio de equipamento saguão, dentro de 15 a 20 minutos, sendo a pressão de 55/40, fadiga durante o movimento a 1 hora em HAS 5TC. Sono e repouso passiva- mente. Hidratado. Hx glaucoma. do. Sem alteração no momento. Suporte físico normal. Sem alterações 5TC.	Assinatura e carimbo do Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO 28-02-20 para teste contínuo por anteposição sua queixa de dor de cabeça da esquerda. Fabiana Martins de Araújo 11-02-2010 COFEN 11-338 Assinatura e carimbo do Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
--	---



Jordaneis
COREN/1322336-

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Paciente segue sem alterações
segue as curas

Digitalizado com (



<i>Rayssa de Fátima Moraes</i> COREN/PB 539621	<i>Ana Renata S. Rodrigues</i> Enfermeira COREN/PB - 539621
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
<i>Doença. paciente.</i>	<i>Paciente mantido em</i>

Digitalizado com (



<i>Michelle Wanderley Guedes</i> COREN-PB 171215 - ENF Assinatura e carimbo de Enfermeiro	<i>Shireyla Rosendo Gomes</i> ENFERMEIRO CRE 197616-1/2017 Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente evoluindo em EGR persistente, orientado, Bu- comocão por cadeiras de rodas, tem curativo surgido na fixação externa e contusão eliminação fisiológica urina. Ex. G. eixo de dor	Paciente evoluindo EGR refere dor nas costas, realiza do os medicamentos epm e SSIV HGT 118 mg/dl

Digitalizado com (



[illegible]

Digitalizado com (



Rhamony Mychelle Medeiros Nunes
Enfermeira
COREN-PB 547941

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

Paciente evolui em ECA
paciente orientada sem

Digitalizado com (



Antonino Barbosa
Enfermeiro
COREN/PE 122775

Ana Renata S. Rodrigues
Enfermeira
COREN/PA - 539621

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

Paciente evoluiu bem, com
queixas de dor nos dentes,
medicados conforme pres-
crição médica.

sem queixas.

Josefa Adriana V. da Silva
Enfermeira
COREN/PA 539621

Digitalizado com (



5.	Glucose 1517 mg e 610h	12 58 24 06	ur vau
6.			
7.			
8.	Leucograma 12401 + 20000 500.471 e 140h	12	
9.			
10.	Proteína 1517 mg e 610h	12 58 24 06	
11.			
12.	Proteína 1501 + 10000 500.471 e 810h	14 22 06	
13.			
14.	HOT 610h	12 58 24 06	
15.			
16.	Trinulva regular conforme labor		
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-7519

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-7519

Visita Médica: Data: / / - : h

SINAIS VITAIS

06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: 35.4°C	Tax: 36°C	Tax: 36°C	Tax: 35.9°C
R: 100 x 20	R: 120 x 80	R: 120 x 70	R: 120 x 80
PA: 100 x 80	PA: 120 x 80	PA: 120 x 70	PA: 120 x 80
HGT: 90	HGT: 115	HGT: 118	HGT: 118
Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml

Digitizado com (



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Rosirnelo Jorom Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: 41 Leito: 03 Data da Adm: 1 / 1 / 1
 DATA: 2 / 3 / 20 - : h

Secretaria de Saúde do Estado
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduby Carneiro
Patos - Paraíba

	HORÁRIOS	INTERCORRÊNCIAS DAS 24H	
		24h	24h
1. DIETA ORAL	PLDM		
2. SF 0,9% 1000ML EV			
3. DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV			
4. TILATIL 10MG 12/12 HS EV	12/12		
5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS	12/12		
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA > 170/100MMHG	12/12		
7. LIQUEMINE 5000 UI/0.25ML (SC) 12/12 HS	12/12		
8. CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS	12/12		
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)	12/12		
10. CEFAZOLINA 1 G + AD 8/8 HS	12/12		
11. CURATIVO			
12. SSV+CCGG			
13. Gentamicina 240 + SF 0,9% x 200 @ 1x10/12			
14. 4KgT. 6/6h q probalco imlino.			
15. Medicacao com familiar.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS			
06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: °C	Tax: °C	Tax: °C	Tax: °C
R: irpm	R: irpm	R: irpm	R: irpm
SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %
PA: mmHg	PA: mmHg	PA: mmHg	PA: mmHg
HGT: mg/dl	HGT: mg/dl	HGT: mg/dl	HGT: mg/dl
Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Secretaria de Saúde do Estado
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduí Carneiro
Patos - Paraíba

Paciente: Rosário Torres Diagnóstico: _____

Sector/Enfermaria: 11 Leito: 01 Data da Adm: 1 / 1 / _____

DATA: 01/03/20 - 7:00 h

HORÁRIOS

		INTERCORRÊNCIAS DAS 24H											
1.	DIETA ORAL	p/dn	ciente	15	21	24	06	24	06	24	06	24	06
2.	SF 0,9% 1000ML EV			12	24	24	06	24	06	24	06	24	06
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV			12	24	24	06	24	06	24	06	24	06
4.	TILATIL 20MG 12/12 HS EV			14	22	22	06	24	06	24	06	24	06
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS												
6.	CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG			12	24	24	06	24	06	24	06	24	06
7.	LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS			12	24	24	06	24	06	24	06	24	06
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS												
9.	NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)			14	22	22	06	24	06	24	06	24	06
10.	GEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS	Gentamicina 80mg	ciente										
11.	CURATIVO		ciente										
12.	SSW+CCGG		ciente										
13.	Ver Membros Domicilia												
14.													
15.													
16.													
17.													
18.		João H. Sussana Laureano											
19.		Ortopedia e Traumatologia											
20.		Car. PB 7417											

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI
Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Secretaria de Saúde do Estado
Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduí Carneiro
Patos - Paraíba

Paciente: Rosimar Távora Diagnóstico: _____

Setor/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data da Adm: _____ / _____ / _____

DATA: 29/02/20 - 7:00h

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

	06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
1. DIETA ORAL				
2. SF 0,9% 1000ML EV				
3. DAPIRONA 2ML 6/6 HS EV				
4. TILATIL 20MG 12/12 HS EV				
5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS				
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG				
7. LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS				
8. CEFALOTINA 1G + AD EM 06/06 HS				
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)				
10. GEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS <u>Gentamicina 80mg</u>				
11. CURATIVO				
12. SSW+CCGG				
13.				
14.				
15. João H. Suassuna Laureano Osteopatia e Fisiologia				
16. <u>Calceolita</u>				
17.				
18.				
19.				
20.				

SINAIS VITAIS

	06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: °C				
irpm				
SpO ₂ : %				
PA: mmHg				
HGT: mg/dl				
Diurese: ml				

Silvana Gomes de França
COREN-PB 1.200.354-TE

Silvana Gomes de França
COREN-PB 1.200.354-TE

Marcelo Queiroz da Silva
Téc. de Laboratório
Téc. de Análises
152.232

3. SFR 1000 ~ e) (IV) 24H	W	24	24	cas. VPM
4. SFR 1500 ~ e)				
5.				
6. Cefotaxima 5g + 20 (IV) 06/06H	24	06		
7.				
8. Cefotaxima 2g + 20 (IV) 08/08H	No	blaco	19/08H	
9.				
10. Difeno 5g + 10 (IV) 06/06H	24	06		
11.				
12. Nitro 40mg + 20 (IV) 01X01H	24	01	24	feio no bloco
13.				
14. Penic 100 ~ e) (IV) 08/08H	24	08		
15. SFR 1500 ~ e)				
16.				
17. Plavix 10mg + 20 (IV) 08/08H (5H)				
18.				
19. Cefotax 25g (IV) se 10/10/100 mmHg				
20.				
21. VER Medicinas comilum				
22. 1000 H Sulfacetamida 1000mg + 1000mg				
23. SFR 1500 ~ e) (IV)				

Visita Médica: Data: / / - : h

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI	HGT:	mg/DI	mg/DI	mg/DI
Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml

Digitalizado com (



Da Clínica Ortop Enfermaria 11
A Clínica Unidade 600 Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Vitima Colisão Motox moto 16.7.02 hrs
Apresenta dor + distensão de Abdome Inferior

Data 01/03/20

João H. Sacramento Lourenço
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Cirurgia Genot.

Paciente Vitima de acidente de moto referindo
dor torax (Hemitorax Esquerdo) pior a inspiração.
KH: BEG, AAA, corante, orientado ECG 15.

H. NUTRICI

CD: Solicito Radiografia de Torax PA e
perfil. Realizar após exame.

15 17:30 RX TORAX SEM
deitado e prono no box
2 views 1000 COSTAS

Ermano Moraes Farias
CRM 10542

Data 01/03/20

Digitalizado com (



DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Presb 313 outro tipo (E)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Fixação externa + Pósterior

Digitalizado com (



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

Rosimara L. de Jesus

portador(a) da Identidade RG _____,

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às 18 h 19 portador(a) da patologia CID-10

S32.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (150) dias, a
partir desta data.

Patos 28/02/20

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 7417

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o(a) Dr.(a) _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Herculano Nóbrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2741

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

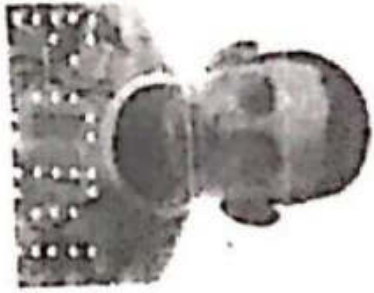
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239





Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.153.900

DATA DE EMISSÃO 21/03/2013

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

PAI: JOSÉ TAVARES DE FRANÇA

MÃE: MARIA JOSÉ DE ARAUJO

NATURALIDADE CACIMBA DE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1973

DOC ORIGEM

NASC. N. 932 FLS. 233V LIV. A-01

CARTÓRIO C. DE AREIA-PB

CPF 105.891.404-93

2225 Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 114 DE 29.03.93



USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

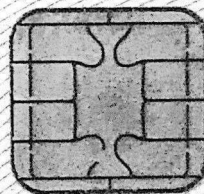
TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

12185229



ASSINATURA DO PORTADOR

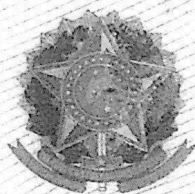
Yure Pereira Gomes



OBSERVAÇÕES



Scanned with
CamScanner



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

YURE PEREIRA GOMES

FILIAÇÃO

ARLINDO JOSE GOMES TEMOTEO
MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES

NATURALIDADE

PATOS-PB

RG

3260218 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1987

CPF

086.417.024-66

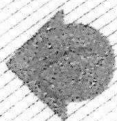
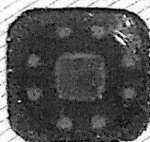
VIA

EXPEDIDO EM

Vital Bezerra Lopes 01 12/11/2014
VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

20152



Scanned with
CamScanner

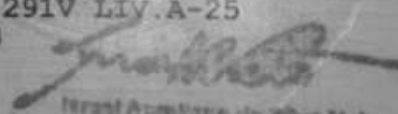


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014630639558	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PRT 20190400005462-7	
1	0049893243-5	00/00000000	2019
RAFAEL ELIZEU DA SILVA			
13074551402		OFH3444/PB	
NOVO	PR	9C2KD0550CR603616	
HONDA/NXR150 BROS ES		2012 2012	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
IPVA PAGO EM 00/00/0000		1º	
2º		3º	
SEGURO P A G O		21/03/2019	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
NÃO VÂNDIO PARA TRANSFERÊNCIA			
PATOS - PB		01/04/2019	
42291		42251	

SEGURADOR OBRIGADO DE DANOS		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PB Nº 014630639558		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			
2019		01/04/2019	
13074551402		OFH3444/PB	
HONDA/NXR150 BROS ES		2012 2012	
2012	9	9C2KD0550CR603616	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PAG (R\$)	DEBÍTRON (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CP (R\$)	TOTAL A SER PAGO SURTIÇO (R\$)	
*****	SEGURO	P A G O	
PAGAMENTO		DATA DE QUATRO	
DOTA UNICA		PARCELADO	
21/03/2019		21/03/2019	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
42251-15/0239-70190401			

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
 ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	V-02 P-239
	
<i>Lubia Cristina Costa Fraga.</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.985.077 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	18/10/2011
NOME LUBIA CRISTINA COSTA FRAGA	
FILIAÇÃO LAILTON ALVES FRAGA FRANCISCA PERGENTINO DA COSTA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
PATOS-PB	23/06/1986
DOC ORIGEM	
NASC.N.29282 FLS.291V LIV.A-25	
CARTORIO PATOS-PB	
CPF	
013.733.724-86	
Idoso Pessoa - PB	
 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

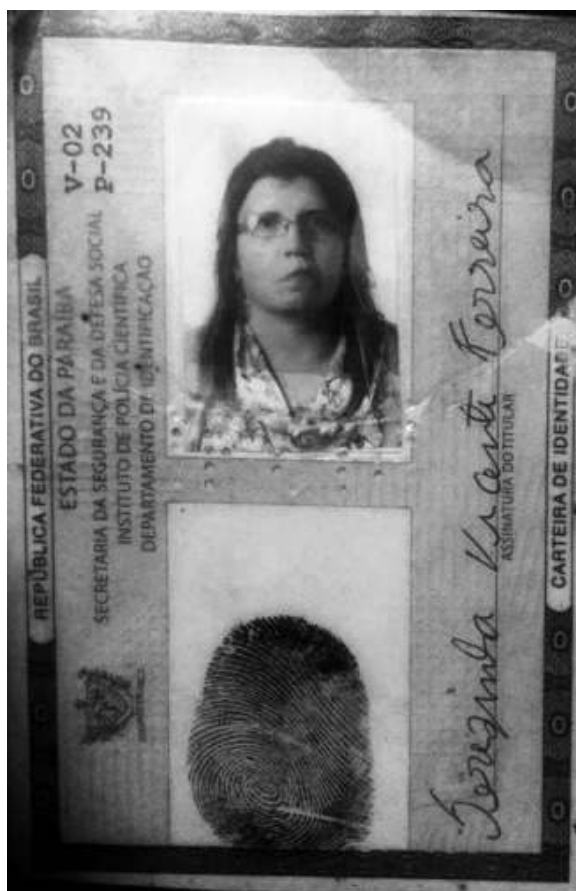


 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARANÁ Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 56.015-570 - CNPJ: 08.123.804/0001-87		INSCRIÇÃO 075.010.230.0022.000		SMI 000		Quantidade de Economias Residencial: 1, Comercial: 0, Industrial: 0, Outras: 0		Responsável MARIA APARECIDA B DE LIMA	
RUA FRANCISCO PAULO LICAREAO, S/N - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-110									
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS									
MATRÍCULA 29016436									
REFERÊNCIA 10/07/2020									
Hidrômetro		Data de Instalação		Localização		Situação Água		Situação Esgoto	
Y15N521420		06/01/2016		EXTERNO		LIGADO		LIGADO	
ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (M3)		TAXA DE DIÁF. PROTEÇÃO		TAXA DE DIÁF. PROTEÇÃO	
838		857		19		32		16/04/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ABETO 20 PORT. 05/2017 MS.									
FEV/2020		20		PARÂMETROS		EXIG.		ANALIS. CONFORMES	
JAN/2020		27		TURBIDEZ		0		0	
DEZ/2019		17		CLORO		0		0	
NOV/2019		26		COL. TERMO		0		0	
OUT/2019		20		COR		0		0	
SET/2019		16		COR. TOTAL		0		0	
MÉDIA(M)		21		DADO REFERENTES A: JAN/2020					
DATA DA IMPRESSÃO: 17/07/2020									
DATA DA IMPRESSÃO: 18/07/2020									
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)					
ÁGUA									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)									
ATE 10 M3 - 17,91 POR UNIDADE		10 M3		37,91					
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		9 M3		44,01					
ESGOTO									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)									
ATE 10 M3 - 30,53 POR UNIDADE		10 M3		30,53					
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3		9 M3		35,19					
ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 11/2019				4,85					
JUROS DE MORA 11/2019				5,40					
FATURAS EM ATRASO									
REF 202001		247,25							
REF 202002		162,97							
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 45,04 PIS E COFINS: R\$ 12,74/12									
VENCIMENTO:		29/03/2020		Total a Pagar:		R\$ 157,49			









energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR-200, km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-890
 CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.829-0

TEREZINHA VICENTE FERREIRA
 RUA MANOEL PEDRO, 181 - FUNDOOS - MONTE CASTELO
 PATOS / PB CEP 58700-000 (AO 118)

Ligação MONOFÁSICO
 Cts/Sec RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA TIENDA
 Rotário 18-118-480-2041 Referência: ALA / 2019
 Medidor 00008757050 Emissão: 29/04/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.226.324
 Cód. para Déb. Automático: 00017689480

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	29/04/2019	29/05/2019	930.387.394-72 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/1768948-0

Declaração de Quitação Anual de Débitos
 Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/03/18	6362	28/04/19	8520	1	158	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Pis(R\$)	Colins(R\$)	Pis/Colins(R\$)	ICMS	Colins
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287890	8,63	8,63	2,93	8,63	0,09	0,43	
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,483540	34,54	34,54	9,32	34,54	0,37	1,72	
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	58,000	0,740300	42,93	42,93	11,59	42,93	0,46	2,14	
0610	Subsídio			43,87	43,87	27	11,55	43,87	0,48	2,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0904	JUROS DE MORA 03/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2019			1,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-29,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 102,45 129,97 35,09 129,97 1,40 0,48

Tarifa e Tributos: Até 30kWh 0,192860 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,485420

Média últimos meses (kWh) 181

VENCIMENTO
07/05/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 102,48

Valor de Consumo (kWh)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198006 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P5/8/11_CIRURGIA.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198006 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P5/8/11_CIRURGIA.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL
Profissão: AVIADOR RG: 4.153.900 CPF: 105.891.404-93
Endereço: RUA FRANCISCO PAULO LICARIÃO, 5N, MONTE CASTELO
CEP: 58707-110 Cidade/UF: PATOS/PB

OUTORGADO:

Nome: YURE BENEITA GOMES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO RG: 3260218 CPF: 086.417.024-66
Endereço: RUA JACQUES MOURA, 5N
CEP: 58700-430 Cidade/UF: PATOS/PB

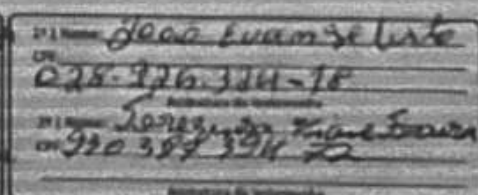
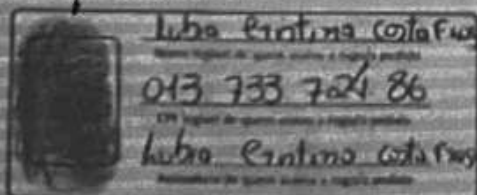
DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____
Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
CEP: _____ Cidade/UF: _____

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para ingressar com pedido, interpor recursos administrativos e legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar em nome do Outorgante quaisquer formulários obrigatórios exigidos pelas Seguradoras, desde que os dados do beneficiário sejam única e exclusivamente do Outorgante, fazer acordos, desistir, receber informações, solicitar agendamento ou reagendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias médicas, contestar pareceres e solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, especialmente junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A ou junto a qualquer outra Seguradora, tudo com o fim especial de requerer a indenização devida do Seguro DPVAT e/ou de Seguro de Vida do Outorgante, nas modalidades de cobertura por Morte e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, bem como ainda Seguros de Vida, Seguros de Responsabilidade Civil Facultativa e quaisquer outras coberturas contratadas, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, do qual figura como vítima de acidente ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO ocorrido em 28/02/2020 e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 105.891.404.93.

Local e Data, PATOS/PB 28/MAIO/2020

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153806/20

Número do Sinistro: 3200198006

Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

CPF: 105.891.404-93

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 08/06/2020

Nome: YURE PEREIRA GOMES

CPF: 086.417.024-66

YURE PEREIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020

Nome: MARCOS AURELIO VIDAL

CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153806/20
Vítima: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO
CPF: 105.891.404-93
CPF de: Próprio
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Data do acidente: 28/02/2020
Titular do CPF: ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

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

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO : 105.891.404-93

Autorização de pagamento
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: 02/06/2020
Nome: YURE PEREIRA GOMES
CPF: 086.417.024-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

YURE PEREIRA GOMES

MARCOS AURELIO VIDAL

