

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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO 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

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, 03 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200102912**

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO AMANCIO 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 joelho 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: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001156-8

Conta: 000010027218-5

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.

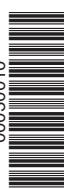
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15866012



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima: *Cícero Amâncio de Araújo*

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

5 - Nome completo:

Cícero Amâncio de Araújo

6 - CPF:

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS

9 - Número:

39

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VIH A FELIZ

12 - Cidade:

RESERVA

13 - Estado:

ES

14 - CEP:

58735-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *1156*

8

CONTA: *37918*

3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à Sim

31 - Vítima Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Não

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Resende - RJ - 04 de maio 2020*

Francisco Amâncio de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cícero Amâncio de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ramon Líssio Novo Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO
AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO
AGENCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51
CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

RECUSO INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou Sim Não

nascituro (vai nascer)?

31 - Vítima Sim Não

teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim Não

pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, *Itaboraí - RJ 04 de maio 2020*

Francisco Amano de Souza
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cícero Amano de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ramon Césio Novo Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43

115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6

CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51

CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão

disciplinados pela Lei 12.703.



Rua Cônego Serrão, Bairro Centro, Teixeira/PB, Tel.: (83) 3472-2931.

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que encontra registrada nesta delegacia a Ocorrência nº. 082/2020 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e vinte, nesta cidade de Teixeira PB, presente o Bel. JOÁIS MARQUES DE BARROS, e comigo escrivão do seu cargo ao final assinado. Aí Compareceu FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO, brasileira, nascida aos 06/09/1974, natural de Malta/PB, filha de José Silvino de Araujo e Maria de Fatima Amancio de Araujo, residente na rua Francisco da Silveira Barros, 39 – Vila Feliz – Teixeira/PB, para prestar a seguinte ocorrência: QUE a noticiante informa que no dia 27/10/2019 por volta das 00:00 horas, seu filho CÍCERO AMANCIO DE ARAUJO, de 17 anos, estava conduzindo uma moto HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2007, MODELO 2008, DE COR AMARELA, DE PLACA MOV-1217/PB, CHASSI DE Nº 9C2KD03308R014996, quando nas proximidades do Povoado de Gancho, na PB 238, sentido Desterro, quando uma outra motocicleta que trafegava em sentido contrario colidiu frontalmente; QUE o filho da noticiante caiu ao chão e fraturou as pernas; QUE o mesmo foi socorrido para o Hospital Regional de Patos. E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE:**
DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL,
referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 anos

Teixeira/PB, 14 de fevereiro de 2020.

Noticiante: Francisca Amancio Araujo

Janduilmra Guedes de França
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

364.553.494-40

4 - Nome completo da vítima:

Cícero Amâncio de Araújo

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

5 - Nome completo:

Cícero Amâncio de Araújo

6 - CPF:

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS

9 - Número:

39

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VIH A FELIZ

12 - Cidade:

RESERVA

13 - Estado:

ES

14 - CEP:

58735-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1156

8

CONTA:

37918

3

(Inserir o dígito de excluir)

(Inserir o dígito de excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de excluir)

(Inserir o dígito de excluir)

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

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 6.194/74), uma vez que:

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu ou nasceu?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim Não

país/avós vivos? Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Reserva - PR - 04 de maio 2020*

Francisco Amâncio de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cícero Amâncio de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ramon Líssio Novo Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraya Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

NASCIMENTO N° 25.385

CERTIFICO que, às fls. 87 do livro N° 4-25 de Registro de Nascimento foi feito o assento de CICERO AMANCIO DE ARAUJO. ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~

nascido aos vinte (20) de maio de Dois Mil e Dois (2002) às 19:15 horas e 45 minutos em Hospital Sancho Leite - Teixeira-PB

Sexo masculino

filhº de ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ natural de ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ e de Dona Francisca Amancio de Araujo natural de ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~

profissão agricultora
sóis avós paternos ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ e Dona ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ e avós maternos José Silvino de Araujo e Dona Maria de Fátima Amancio de Araujo.

Foi declarante a genitora e serviram de testemunhas as constantes do termo.

Observações: O presente foi feito em 18.06.2002, conforme Lei em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraya Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

Soraya Maria Teles Guedes Rocha
OFICIAL

18 de Junho de 2002

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200102912 **Cidade:** Teixeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P2,3,6,7,10

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01156-8

CONTA: 000010027218-5

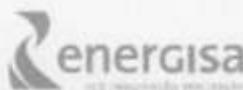
Nr. da Autenticação 387A8938E62392CD

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é ingresso à via de conta.

Reservado para simples pagamento da fatura. Fazenda Pública da energia elétrica N° 036.133.497



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 10.015.823-0

DIÁGIOS DO CLIENTE

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO
RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/878188-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	20/12/2019	92	30/12/2019	R\$ 57,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/12/2019

Pagador: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO CNPJ/CPF: 056.931.294-97

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39 - VL FELIZ - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010028925	000878188201912	30/12/2019	R\$ 57,47	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-080

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscaliforma da energia elétrica - Nº 039.215.319

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscrição Est. 16.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
RUA JOSE GERONIMO S/N 1^ºANDAR
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713525-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2020

18/02/2020

205

06/03/2020

R\$ 190,02

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 12327.057175 2 81860000019002

Pagador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA CNPJ/CPF: 067.845.354-30

RUA JOSE GERONIMO S/N 1^ºANDAR - CENTRO - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012327057	001713525202002	06/03/2020	R\$ 190,02	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Delmar Cásio M. Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.848.354,30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cícero Amanu de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.553.494,40

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro

da Vítima Cícero Amanu de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.553.494,40

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reusa

Renda: Reusa

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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:	<i>Qua. Bel Geronimo</i>	Número:	<i>23</i>	Complemento:	<i>Casa</i>
Bairro:	<i>Centro</i>	Cidade:	<i>Litorânea</i>	Estado:	<i>PE</i>
E-mail:	<i>Reusa</i>	CEP:	<i>58735-000</i>	Tel. (DDD):	<i>(83) 99958-2737</i>

Local e Data:

Aracaju-SE, 06 de Maio 2020

Delmar Cásio M. Oliveira

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

Paciente **CÍCERO AMÂNCIO DE ARAUJO**, 17 anos, agricultor, com história de queda de moto e fratura de fêmur distal esquerdo há aproximadamente 07 meses(27/10/2019), tendo na época realizado 02 cirurgias sendo a primeira para colocação de fixador externo e a segunda e última para colocação de placa e parafusos em fêmur distal esquerdo.

Ao exame físico: Deambula com claudicação . Apresenta rigidez articular e diminuição da flexão total de joelho esquerdo em torno de 90%. Apresenta frouxidão ligamentar médio-lateral em mesmo joelho esquerdo.

No momento paciente se encontra em tratamento medicamentoso, fisioterápico e em acompanhamento ambulatorial .

Paciente portanto com sequela permanente e com dificuldades permanentes de realização de suas atividades que necessite de força motora e mobilidade de membro inferior esquerdo, necessitando de afastamento de suas atividades laborativas por tempo indeterminado para cuidados com a saúde e reabilitação funcional .

Hipótese diagnóstica:

- Lesão Ligamentar de Joelho Esquerdo CID: 583.7
- Sequela de Fratura de Fêmur Distal Esquerdo CID: T93.1
- Osteoartrose Pós Traumática CID: M19.1
- Rigidez Articular de Joelho Esquerdo CID: M25.6

Encaminho a perícia médica para avaliação.

TEIXEIRA-PB, 09/05/2020.

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7381 / CRM-PE 18836

Policlínica Climed - Rua Tenente Manoel de Oliveira Lira, 50, Centro (saída para Patos) - TEIXEIRA-PB | 83 3472.2901 / 99635.7757

Lab Vita (Ortovita) - PATOS-PB Total Saúde - JURU-PB Total Saúde (Ultramed) - TAVARES-PB Total Saúde - PRINCESA ISABEL-PB
83 99906.5028 83 9995.7142 83 99660.1551 83 3457.2662 / 99969.0581

Centro Hospitalar de Piancó-PB (Dr. Willame) Centro Integrado de Saúde, Ibiara-PB Centro Integrado de Saúde, Conceição-PB Espaço Silvia Fernandes Paulista
83 3452-2261 / 9 9144-7215 Dr. José Lacerda 83 98869-1863 Dr. José Lacerda 83 99612-3216 83 9-9628-1372

Centro de Esportes - ASOCADORES DA INGATERRA - PE Clínica Dr. Edneirin Matheus - TABIRA - PE Clínica Soares Machado C. Clínico Júnior Prata - ITAPETIM-PB

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	73377	HORA	02:28	PRONTUÁRIO	38095
DATA	27/10/2019	OPERADOR	GKELLY		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	CICERO AMANCIO DE ARAUJO			IDADE	17a 5m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE SUELIO ALVES DE OLIVEIRA				
CIDADE	TEIXEIRA	PB	58735000		
DERECHO	RUA PROJETADA				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	PATOS				
TELEFONE	CELULAR				
C.N.S.	IDENTIDADE				
C.P.F.	REG. NAC.				
NASCIMENTO	20/05/2002	COR	PROFISSÃO	PARDO	
EST. CIVIL	SEPARADO				ESTUDANTE

RESPONSÁVEL FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO Ass. Resp./Paciente

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

Palpites: 1mm de humor de noz
 Arredondado por 5 mm, em círculo (€)

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

Palpites: 5mm ~ exa. , €

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

CID

572.9

DADOS DA SAÍDA

Data 23/11/19

Hora 7 H 0 Min

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

João H. Silveira Jauracão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PB 7417

Nome do Paciente:

Eli Corrêa Almeida

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

19/11/19

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Nilo

1º Auxiliar:

Dr. Nilo

2º Auxiliar:

-

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Dr. Fábio

Tipo de Anestesia:

Rock e

Diagnóstico Pré- Operatório:

*Ruptura de ferme
DVT*

Tipo de Cirurgia:

Diagnóstico Pós- Operatório:

th ampiro

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

1) Blute o art. ish

2) A amput + art. + c6

3) Rinsas GHP over E

*4) Dens + fixa ossa cl p/lesa
Bloqueio hem. intac*

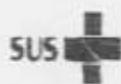
5) Sutura + ampo.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

2000-01-02

Enf.

Leiters

卷之三

1º Auxiliar

25 AUGUST 2004

3º Auxiliar:

Instrumentos:

- 1 -

Tipo de Anestesia:

Diagnosi

11. *What is the primary purpose of the following sentence?*

Tipo de Circuito:

Supra C.W. and + fixation Son

Diagnóstico Pós-Operatório:

10.1007/s00339-007-0327-0

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

2000-01-01 00:00:00

RELATÓRIO DE CIRURGIA

LEITO: CONVÉNIO: IDADE:

QT..	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE:	REGISTRO:
CIRURGIA:	SUS		17 anos	38035
ANESTESIA:	ANESTESISTA: M. Senna		CIRURGIÃO: Dr. Jooó + Dr. M. Senna	
INSTRUMENTADORA:	DATA: 27-07-13	INÍCIO: 15:20 hr	FIM: 16:45 hr	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
✓	TX. Capnógrafo	1	Sealp
✓	TX. Bomba de Infusão	✓	Luva Est. p/ Procedimentos
✓	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Cárdio-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	✓	Eletrodos desc.
✓	Neocain <i>Desconhecido</i>	✓	Atadura de Crepom 10 cm
✓	Halotano	✓	Atadura de Crepom 20 cm
✓	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
✓	Quelicín		Sonda Uretral
✓	Pavulon		Sonda Nesogástrica
✓	Dorminid		Éter Sulfúrico
✓	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
✓	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
✓	Inoval		Dreno de Tórax
✓	Xiloçaína a 2%	✓	Esparadrapo
✓	Etodimidate	✓	Xiloçaína Gel
✓	Ketalar	✓	Álcool 70%
✓	Publicovaina 0,5%	✓	PVPI Tintura
✓	Dimorf	✓	Gases
✓	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
✓	Narcan		Algodão Ortopédico
✓	Forane		Cidex
✓	Sufenta		Vaselina Estéril
✓	Diazepan		Aguilha 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
✓	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
✓	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
✓	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
✓	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
✓	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
✓	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
✓	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
✓	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
✓	Abbocate 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		

REF 6051.10.A

SISTEMAS DE FIXAÇÃO ORTOMÉDICOS EXTERNOS
FIXADOR EXTERNO ESTÁTICO

FIxo Maxi Duplo

STATIC EXTERNAL FIXATOR - DOUBLE FIxo MAXI
FIJADOR EXTERNO ESTÁTICO - FIxo MAXI DUPLO

SISTEMA DE FIXAÇÃO EXTERNA ESTÁTICO

Tambor / Saco Único

004334228



7 889320 717881

Regist. ANM/SA. n.	10348500887
Lote de Análise	
Qtd.: 1 (CJ)	
2018-10	

2023-10

LOT

004334228

PROIBIDO

REPROCESSAR

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedime
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárddio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
1	Quelicín		Sonda Uretral
1	anterior		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Eparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
1	Propofol	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura <i>Uvexidina de gumeante</i>
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
□ □ □	<i>Sufato SF 0,9%</i>		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	Diazep Dc x/Amidacina		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		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
	Abocate 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		

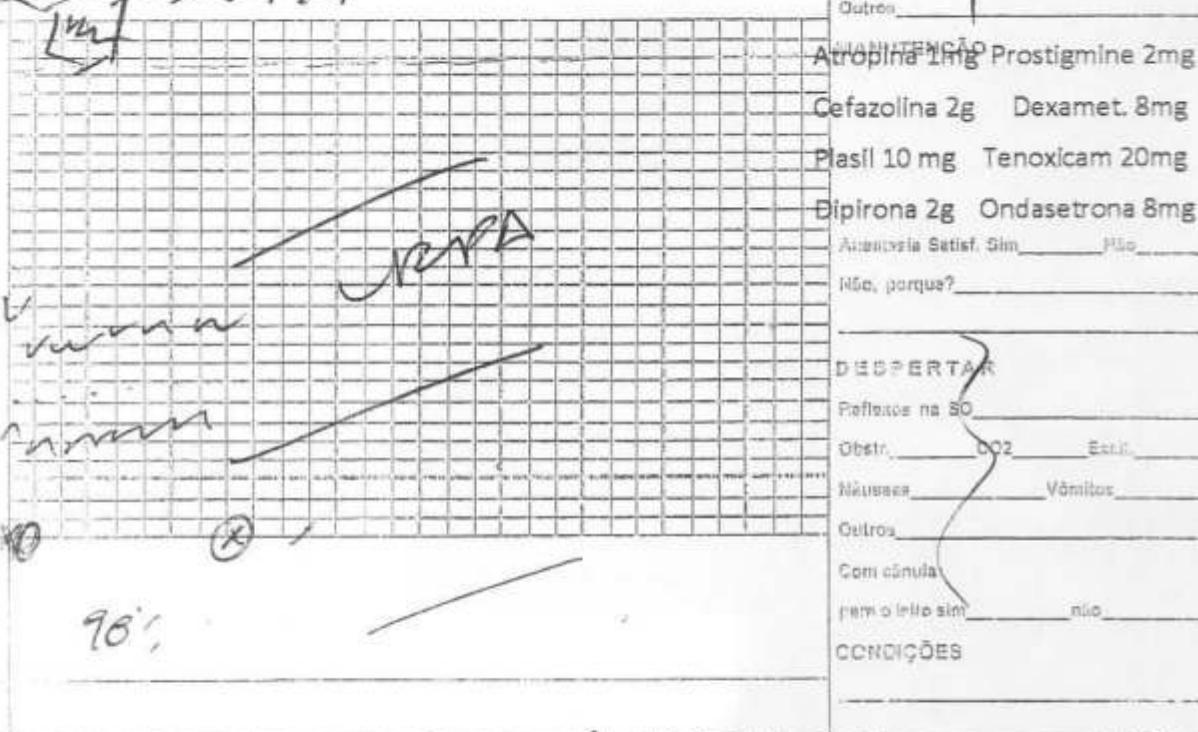
17 NYlon 2.0

PATO		Enfermaria		Leito	Nº Prontuário	
Cícero Amano de Araújo				Indo	Sexo	Cor
27.10.19	120 x 80 / 96	Respiração	Tempo	Peso	Altura	
		Homoglobina	Hematocrito	Glicemia	Unha	Olhos
VER PRONTUARIO						
				Asma	Bronquite	
CONV				Eletrocardiograma		
IEJV		Dentes	Pescoco	A.p. Urinário		
CONSCIENTE		Ataxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
		Frost exposta ferir (E)		Exantema	Risco	
				Aplicada dn	Estado	

Laringe

SC/SC/SC/C4/C4/

Larynx



Atropina 1mg Prostigmine 2mg

Cefazolina 2g Dexamet. 8mg

Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg

Dipirona 2g Ondasetron 8mg

Anestesia Satisf. Sim Não

Não, porque?

DESPERTAR

Reflexos na SO

Obstr. CO2 Exal.

Náuseas Vômitos

Gelos

Com cúnula

remo lento sim não

CONDICÕES

Cânula

Propofol 100 mg + Succinilcolina 20 mg + fentanil 100 mcg + Atracurio/Racuronio 25 mg

Anest. Geral: Pré-oxig.-Ind. venosa c/ 10Tc/TOT nº 8 - Manut. Inalatória c/ O2 + 50% VMC em VCV

tho arg (transp ext) fit ferir (E)

Dr. Moura

DR. TÁVIO LEAL

1-7

PLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL
DE JUNDIAÍ - CEARÁ

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____

Leito: _____ N° Prontuário: _____

Enfermaria: _____

Data 19 / 11 / 19

Nome: Cicero Amancio de Araujo Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Sexo: Feminino Masculino Idade: _____ Anterior Pulso: _____ Respiração: _____
Data Nascimento: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Temperatura: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Hematócrito: _____
Urina: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Respiratório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Circulatório: _____ Ap. Urinário: _____
Aparelho Digestivo: JEJUM OK Dentes: _____ Pecoço: _____ Hipotensores: _____
Estado Mental: CONSCIENTE Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Risco: _____
Diagnóstico Pré Operatório: _____ Estado Físico: _____
Anestesia Anteriores: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____
Medicação Pré-Anestésica: MIDAZOLAM 5 Mg

Agenda
Anestesia

100
(SF) (SF) (SF)

Agenda
Anestesia

100
99
98
97
96
95
94
93
92
91
90
89
88
87
86
85
84
83
82
81
80



INDUÇÃO

Satisf _____ Exit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Cefazolina 2g _____ Dexamet. 8m _____
Outros _____

Efortil 10mg _____ Teroxicam 20m _____

Anes. Dipiroca 2g _____ Sinfondasetrona 8m _____

Não, porque? _____

DESPERTAR

Deflagra na 50

CARTA DE ESCLARECIMENTO

A Diretora Administrativa
Isabella Cristina Oliveira dos Santos

Venho informar por meio deste que a solicitação de compra do material OPME ortopédico, a placa bloqueada para fêmur distal direito conforme solicitada para o paciente Cicero Amâncio de Araújo não foi utilizado pois durante o ato cirúrgico o material solicitado se fez necessário para ser utilizado no decorrer do procedimento foi para a perna esquerda.

O material utilizado em Cícero Amâncio foi de outro paciente que não houve necessidade da placa bloqueada.

Sem outro particular, nos colocamos à inteira disposição para a resolução de qualquer dúvida que julgar pertinente.

*João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1411*

João Herbert Suassuna Laureano
COORDENADOR DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHRDJC

6776

Nº

PEDIDO DE VENDAS

NE N°

Prentvárie

Vendedor:

Ref ID:

Comunico

Patent No. 3,410,022, dated May 13, 1968.

Medio: *3500* Instrumentador: *Tha60*

Procedure: dissection of tibia, tarsus, femur (distal)

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

PHONE: (81) 3128-2456

E-mail: cramusltda@gmail.com

FONE: (81) 3129-2456 E-mail: comissao@...
CNBII 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	73377	PRONTUÁRIO	38095
DATA	27/10/2019	OPERADOR	GKELLY
MÉDICO	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS		
PACIENTE	CICERO AMANCIO DE ARAUJO	IDADE	17a 5m

RESUMO CLÍNICO:

Vitória Serrante 28 Testes

DIAGNÓSTICO:

CID-10: F03.9 Fratura mista ② (Complexo)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Plano e Ponto

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Part Reg. 5 (Duração curta no tempo)

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Durvalo de Arêas

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, 23 DE 11 DE 2019.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO CRM

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Eduardo Jimenez

De C - ss: enigmas

De C - ss: cardiologista

Enfermaria 16

Leito 06

Você deve analisar os sintomas dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo

Data: 10/10/19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente com suínos Cardiológicos
Nós encontramos os seguintes achados:
- Ps = 120 x 80 mmHg

EKG = Normal
Risco Coronário = Baixo Risco

Klauber M. de França
Cardiologia Geriatria
CRM 4890

Data: 30/10/19

160b

DATA...: 10/09
Nº REQUIS.: 22305
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SEXO: M IDADE...: 17
MÉDICO.: Dr(ª) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SILV

HEMOGRAMA COMPLETO

MATERIAL:	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
-----------	--------	--------------	---------------------

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....: 2.85 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
.....: 2.85 milhões/mm ³	MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....: 8.2 g/dL	FEMININO	12 a 16
.....: 8.2 g/dL	MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....: 26,7 %	FEMININO	35 a 46
.....: 26,7 %	MASCULINO	41 a 53
VGM.....: 93,7 fL	NORMAL	80 a 100
HGM.....: 28,8 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....: 30,7 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....: 14,8 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 7.700 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROBLELOCITOS.....: 000 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0 NORMAL 0 a 0
MILOCITOS.....: 000 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0 NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0 NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....: 000 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5 NORMAL 0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 67 5159 /mm ³	NORMAL	35 a 65 NORMAL 1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 01 0077 /mm ³	NORMAL	1 a 4 NORMAL 35 a 600
BASÓFILOS.....: 01 0077 /mm ³	NORMAL	0 a 1 NORMAL 0 a 100
LINFÓCITOS.....: 24 1848 /mm ³	NORMAL	25 a 45 NORMAL 875 a 4500
MONÓCITOS.....: 07 0539 /mm ³	NORMAL	2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 259.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

EMISSÃO.: 29/10/2019
SEXO: M IDADE...: 17
MÉDICO.: Dr(ª) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
Método...

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 2.57 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
HEMÁCIAS.....: 2.57 milhões/mm³ MASCULINO 4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....: 7.5 g/dL FEMININO 12 a 16
HEMOGLOBINA.....: 7.5 g/dL MASCULINO 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....: 20.1 % FEMININO 35 a 46
HEMATÓCRITO.....: 20.1 % MASCULINO 41 a 53
VCM.....: 78,2 fL NORMAL 80 a 100
HCM.....: 29,2 pg NORMAL 26 a 34
CHCM.....: 37,3 g/dL NORMAL 31 a 55
RDW.....: 10.2 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 6.200

/mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....: 00	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 69	% 4278	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 1	% 0062	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....: 23	% 1426	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....: 7	% 0434	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 139.000 mil/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Sante
Biomédico
CRM: 9011

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137 EMISSÃO.: 29/10/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(+) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método.: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTBOMBINA:

Resultado:
 T.P. Paciente.....: 13 seg.
 T.P. Controle.....: 13 seg.
 Atividade.....: 100 %
 Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,
 A. Enzimática: 70 a 100%.

TNR

Resultado.....: 1.00
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 39 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.....

~~Wesley Michael A Santos
Biomédico
CRBM: 9011~~

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137 EMISSÃO.: 29/10/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

GLICOSE

Material.: SORO

Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

REFERENCIAS

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 a 105

SUGERE DIABETES ≥ 126

RESULTADO.

mg/dL

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22940 EMISSÃO.: 07/11/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE...: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(°) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método.:			

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....: 3.54 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
milhões/mm ³	MASCULINO	4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....: 10.0 g/dL	FEMININO	12 a 16
	MASCULINO	13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 32.7 %	FEMININO	35 a 46
	MASCULINO	41 a 53

VCM.....: 92,4 fL	NORMAL	80 a 100
HCM.....: 28,2 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....: 30,6 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....: 15.1 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 12.000	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
-------------------------	------------------	--------	----------------

PROMIELÓCITOS.....: 000	‰ 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....: 000	‰ 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000	‰ 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....: 01	‰ 0120	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 73	‰ 8760	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 02	‰ 0240	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....: 000	‰ 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....: 20	‰ 2400	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....: 04	‰ 0480	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 601.000	mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000
-----------------------------------	---------------------	--------	-------------------

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomedico
CRM-901

NºREQUIS.: 22853
PACIENTE: MISTERIO AVANCIO DE ARAUJO
SÉRIE: TÉCNICA CIRÚRGICA
EMISSÃO.: 07/11/2019
SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(°) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
S. S. S.

HEMOGRAMA COMPLETO

MATERIAL: SANGUE
MÉTODO: NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITROGRAMA

HEMOCÍTAS.....: 3.01 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 8,6 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATOCRITO.....: 27,7 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCV.....: 92,0 fL NORMAL 80 a 100
HCT.....: 28,6 pg NORMAL 26 a 34
CRCh.....: 31,0 g/dL NORMAL 31 a 55
RDW.....: 14,9 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PRONIELÓCITOS.....: 000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEILOCITOS.....: 000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTRIELÓCITOS.....: 000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....: 000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....: 68	6052 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....: 03	0 0267 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....: 000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....: 24	2136 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....: 05	0 0445 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 580.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Michael A. Santos
Biomedico
CRM-4011

NºREQUIS.: 22853
EMISSÃO.: 07/11/2019
SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(ª) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SANTOS
PACIENTE: JOSÉ ARAUJO DE ARAUJO
CLÍNICA CIRÚRGICA

UREIA

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIA

1 DIA A 12 MESES: 2 A 34 mg/dL
1 A 13 ANOS: 8 A 36 mg/dL
NORMAIS DE 15 A 40 mg/dL

RESULTADO..... 27,00 mg/dL

CREATININA

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

2 SEMANAS A 1 ANO : 0,1 A 0,3

1 A 13 ANOS : 0,1 A 0,8 mg/dL
NORMAIS: DE 0,4 A 1,3 mg/dL

RESULTADO..... 1,08 mg/dL

2011-11-07
2011-11-07
2011-11-07

DATA: 20/10/2019
PACIENTE: DIOGO RYANCIOS DE ARAUJO
SÉRIE: SALA VERMELHA
SERIE:

Nº REQUIS.: 21911

EMISSÃO.: 27/10/2019

SEXO: M IDADE...: 17

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAMA			
HEMOCRASIS.....: 4.03 milhões/mm ³	FEMININO MASCULINO	4 a 5,2 milhões/mm ³ 4,5 a 5,9	
HEMOCRASIS/mm ³			
HEMOGLOBINA.....: 11.6 g/dL	FEMININO MASCULINO	12 a 16 13,5 a 17,5	
HEMATÓCRITO.....: 37,4 %	FEMININO MASCULINO	35 a 46 41 a 53	
WBC.....: 92,8 FL	NORMAL	80 a 100	
WBC.....: 28,8 pg	NORMAL	26 a 34	
CHCW.....: 31,0 g/dL	NORMAL	31 a 55	
BCW.....: 13,7 %	NORMAL	11 a 15	
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.....: 8.700	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROBLELOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTROLOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTROLOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTROLOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 9000
BASTONETES.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	35 a 65
SEGMENTADOS.....: 83	7221 /mm ³	NORMAL	1800 a 8500
ESOSINOFILOS.....: 01	0087 /mm ³	NORMAL	1 a 4
ESOSINOFILOS.....: 02	0174 /mm ³	NORMAL	0 a 1
BASOFILOS.....: 09	0783 /mm ³	NORMAL	25 a 45
INFÓCITOS.....: 05	0435 /mm ³	NORMAL	2 a 8
MONOCITOS.....:			

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 206.000 MIL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Marilson Vieira de Oliveira
CRM-2 - 105516
Biomédico Patologista

1606

Nº REQUIS.: 23362

EMISSÃO.: 13/11/2019

Nº AVENIDA: 13377
NOME: FRANCISCO DE ARAUJO
ENDERECO:

SEXO: M IDADE....: 17

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

ANAMNESE COMPLETA

	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAMA			
ERITROCITOS.....: 4.14	milhões/mm ³	FEMININO MASCULINO	4 a 5,2 milhões/mm ³ 4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....: 11.9	g/dL	FEMININO MASCULINO	12 a 16 13,5 a 17,5
HEMATÓCITO.....: 38.1	%	FEMININO MASCULINO	35 a 46 41 a 53
ERITROBLASTOS.....: 92,0	fL	NORMAL	80 a 100
ERITROBLASTOS.....: 28,7	pg	NORMAL	26 a 34
ERITROBLASTOS.....: 31,2	g/dL	NORMAL	31 a 55
ERITROBLASTOS.....: 15,5	%	NORMAL	11 a 15
LEUCOGRAMA			
LEUCOCITOS.....: 5.700	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
NEUTROFILOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTROFILOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTROFILOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTROFILOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
NEUTROFILOS.....: 59	3363 /mm ³	NORMAL	35 a 65
NEUTROFILOS.....: 02	0114 /mm ³	NORMAL	1 a 4
NEUTROFILOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
NEUTROFILOS.....: 33	1881 /mm ³	NORMAL	25 a 45
NEUTROFILOS.....: 06	0342 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTAGEM DE PLAQUETAS			
CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 572.000	mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000

OBSERVAÇÕES

Nº REQUISITA.....:
Nº PLACAR.....:
Nº PLACAR.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomedico
CRM 9111

Hospital Regional de Patos - RX

0000000526077

100 %

El 5.325



Coluna Cervical, Lateral

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002

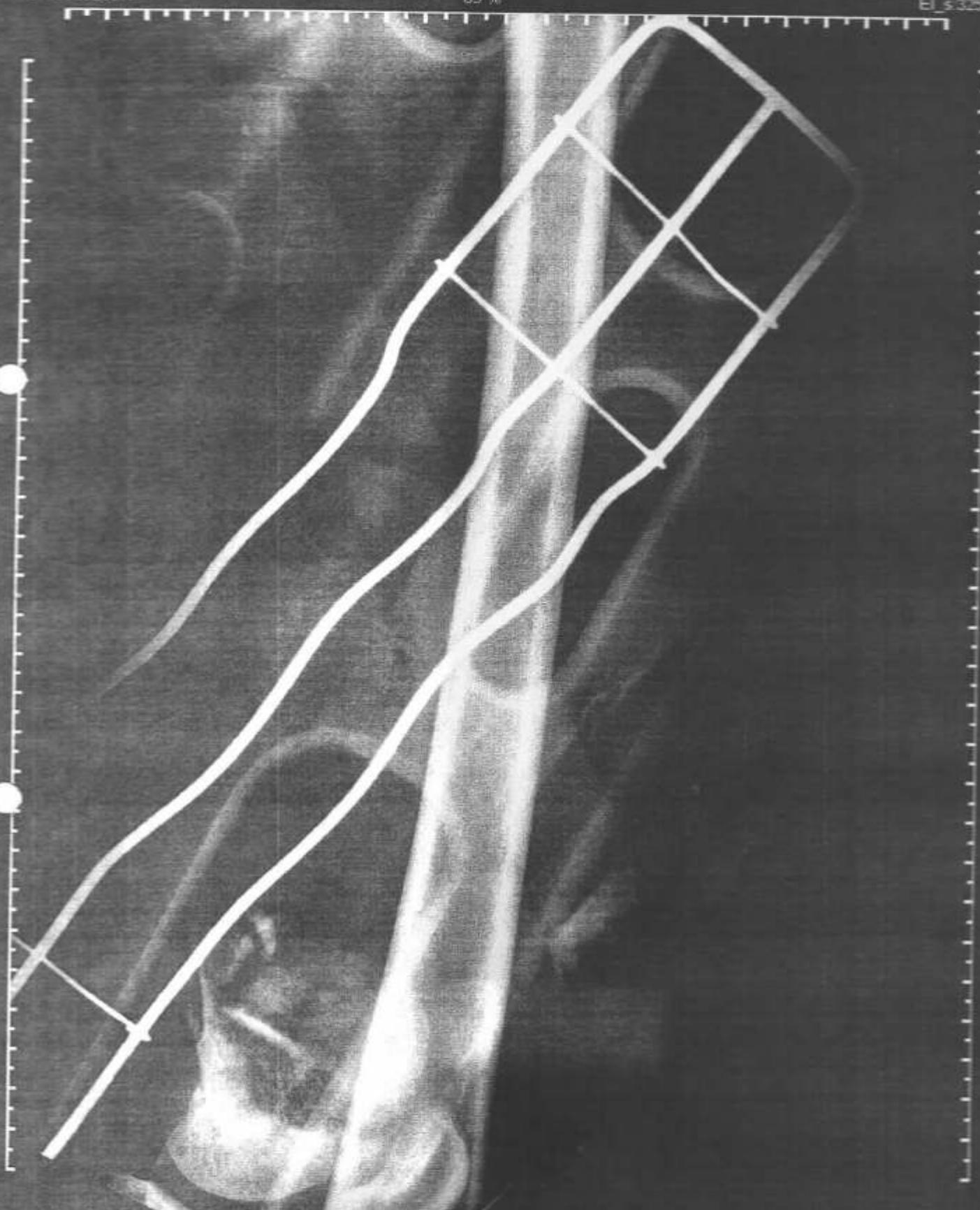
27/Out/2019 2:23:48

Hospital Regional de Patos - RX

0000000526077

85 %

El_s 325



Coluna Cervical, Lateral

0000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002

27/04/2019 22:45

Hospital Regional de Patos - RX

000000526077

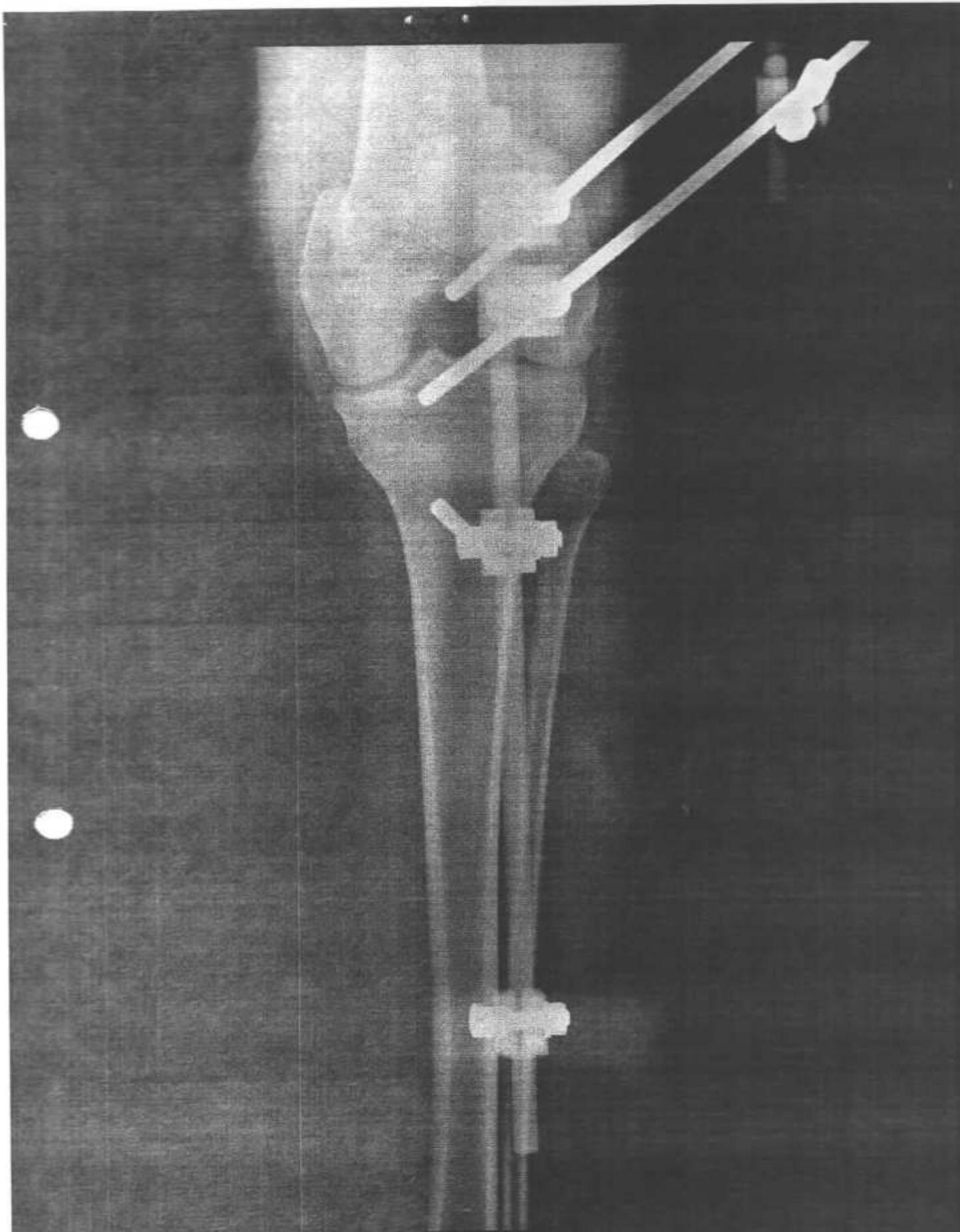


Columna Cervical. Lateral
000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, 20/Mai/2002

27/Oul/2019 2:21:04

EI_4325



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac: 000700030700

28/10/2019 15:07:38

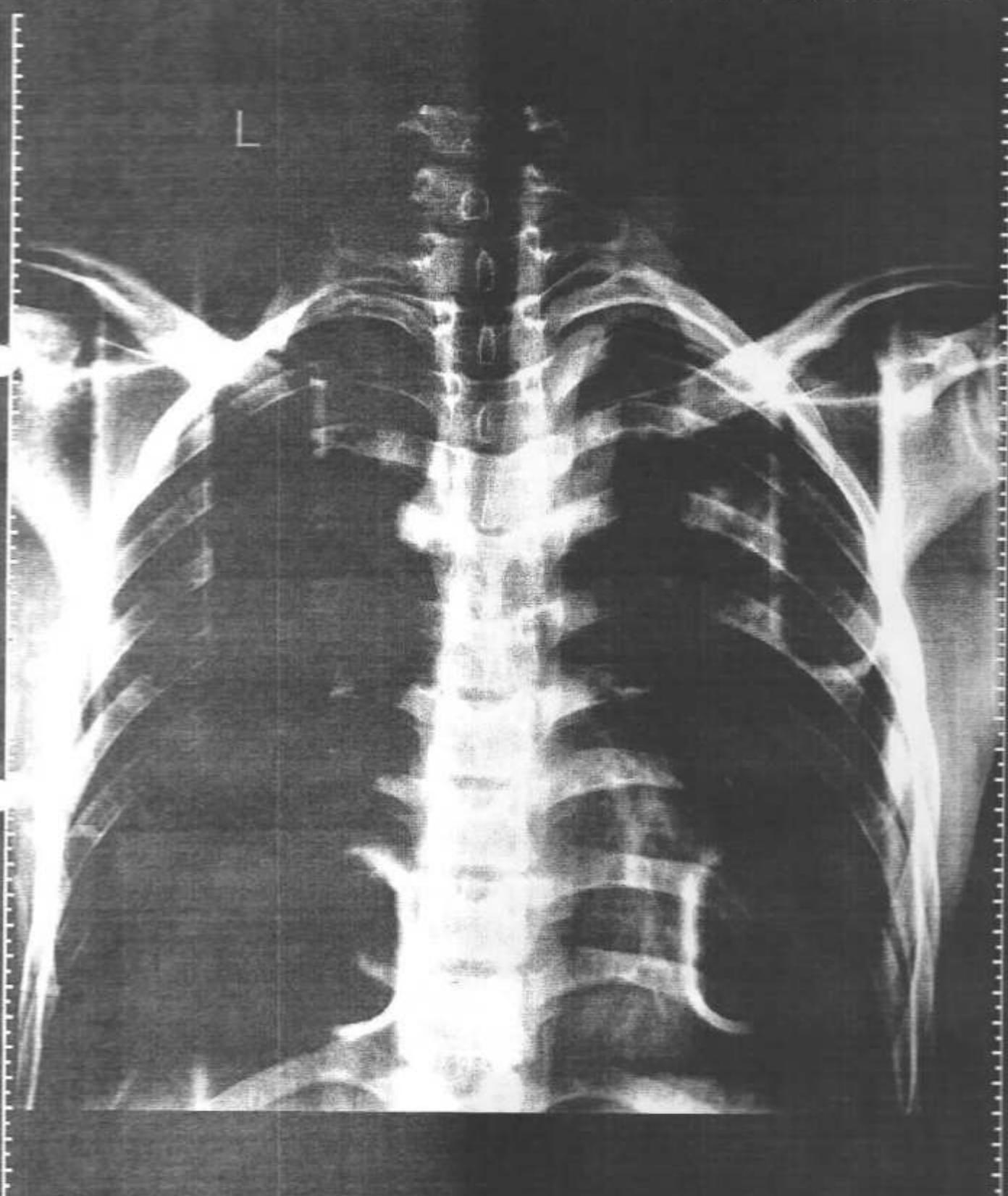
62.5 %

Hospital Regional de Patos - RX

000000526077

63 %

El_s51



Coluna Cervical AP

000000030700

27/04/2019 21:19:59

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, , *20/Mai/2002

00000030700

Cervical Lateral

CICERO

AMANCI

DE ARAUJO

, 20/Mai/2002

27/04/2019 22:54

100 %

EI-5325

Hospital Regional de Pato - RX

000000528077



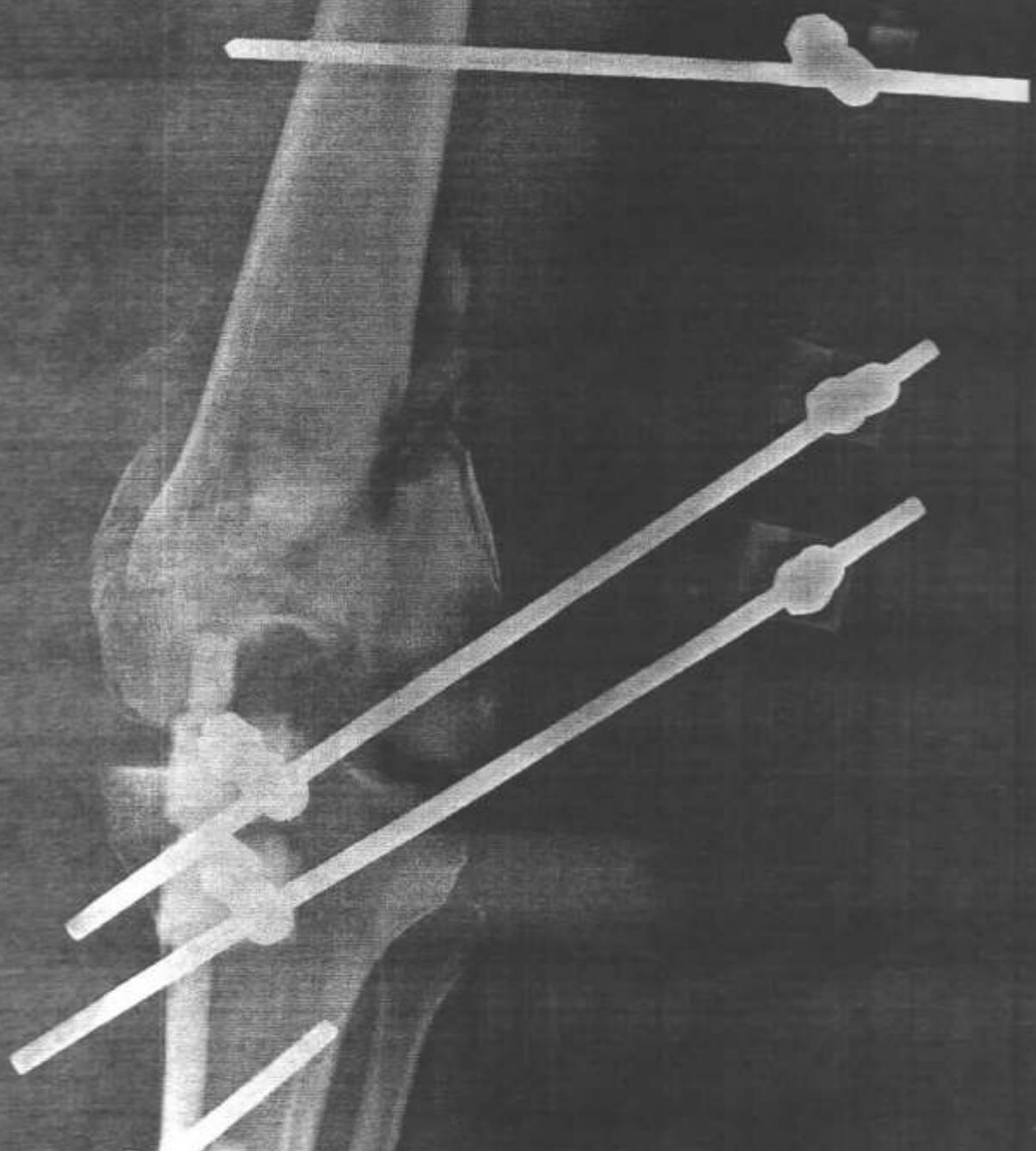
Coluna Cervical, Lateral

27/Out/2019 2:25:08

000000030700

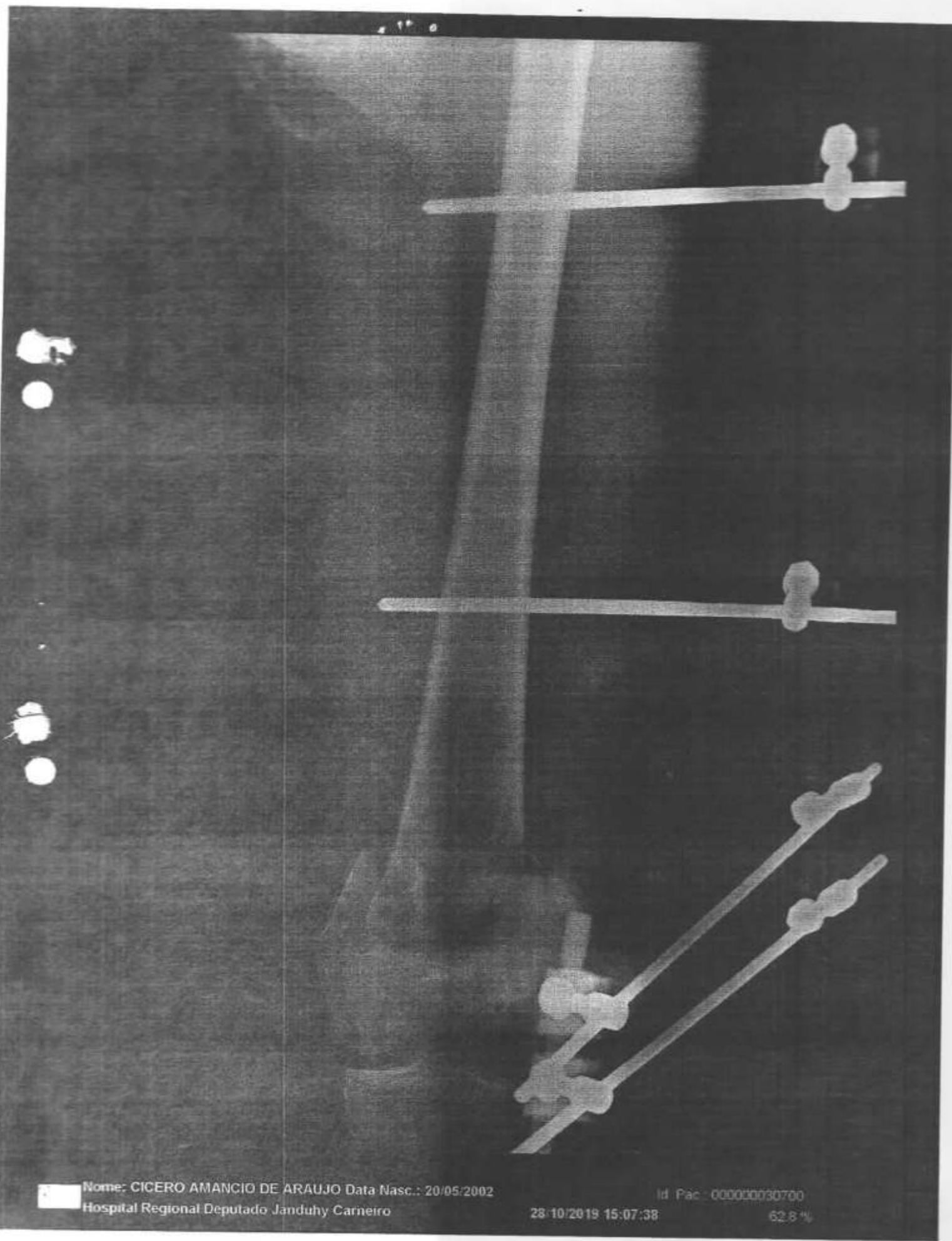
CICERO AMANCIO DE ARAUJO, 20/Mai/2002

E



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac: 000000030700
08/11/2019 18:03:02 73.2%



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac: 000000030700
28/10/2019 15:07:38 62.8%

Hospital Regional de Patos - RX

000000562235

51 %

EI_5 000000562235

EI_5



Joelho E. AP

000000030700

©

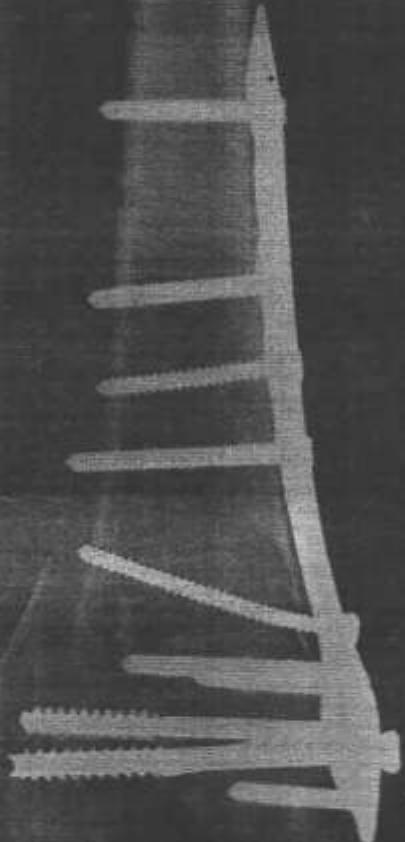
19/Nov/2019 9:45:01 Joelho E. Lateral

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002

19/Nov/2019 9:45:17

E

No Leito



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac.: 000000030700

20/11/2019 16:44:44

65.7 %

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 profissional e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandu Carneiro.

Nome do Paciente: Cícero príncipio do prado
Nome da Mão:

RGA

CRM

Procedimento Civil

Measuring the Efficiency of Data-Driven Models

Dati da realizzazione:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos em 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 ao 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 procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações geralmente inclusive risco de morte.
 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista 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. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura de paciente e/ou responsável:

Patos, 27 de Agosto de 2019

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 a consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Responci todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico:

Patos, de de _____



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



192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 102

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO																		
DATA	OCORRÊNCIA N°	Paciente: <i>Paulo Augusto da Amizade</i>																				
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO		MÉDICO REGULADOR																		
<i>Endereço da Delegacia de Polícia</i>																						
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:																						
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:																						
TIPO DE AGRADO: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AGRESÃO</td> <td><input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLÍNICO</td> <td><input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> QUEDA METROS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO</td> <td><input type="checkbox"/> QUEIMADURAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F.A.B.</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F.A.F. (PA.F)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS</td> <td></td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AGRESÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS	<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> F.A.F. (PA.F)		<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO																					
<input type="checkbox"/> AGRESÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO																					
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO																					
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS																					
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS																					
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS																					
<input type="checkbox"/> F.A.F. (PA.F)																						
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO																						
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS																						
ANTECEDENTES: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> AIDS</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALCOOLISMO</td> <td><input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AVC</td> <td><input type="checkbox"/> DROGA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS</td> <td><input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONVULSÕES</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DIABETES</td> <td><input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA</td> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S.O.S.</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> S.O.S.	
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL																					
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL																					
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA																					
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL																					
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES																					
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS																					
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS																					
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS																					
<input type="checkbox"/> S.O.S.																						

DESTINO DO PACIENTE:

SERVICIO MÉDICO: CHR

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO: média

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE

TRANSFERÊNCIA SIMPLES

□ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LEGAL

RESPONSABLE -

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Fractura expuesta de fémur E con hemorragia extramagistral

DADOS VITAIS:

VAAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <60rpm / FULGSO RADIAL: Presente Absente / PAZ: Positivo Negativo

FC: 89 FR: 89 TEMP: 36,5 °C - GLICEMIA: 100 mg/dl - E. Com: 1 SpO2s/O2: 100 SpO2c/O2: 94

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intelectual Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disarflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termonegeregá Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Ineficaz Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

INTERVENÇÕES:

2nd year in practice right after arrival + 2 AVP, including
~~the MIE - United Oz~~

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Percentagem de idades, 17 anos, idades de colunas entre 40 e 50
aparente fração exposta de fumar é com percentagem extrair a gás
e fumar tabaco para considerar em fumar tabaco, não com
tabaco de fumar. Apesar de 02 é GDR ou CHP

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS. _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA

VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGENIO (02) DRENAGEM TORÁCICA

MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO

FUNÇÃO VENOSA SONDA GASTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL

TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS. _____

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

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 ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____

R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): *Leila* _____

COREN: 481150 _____

MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: *Tomás* _____

COREN: _____

MAT.: _____

CONDUTOR: *Leandro* _____

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.789.453 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/2019

NOME CICERO AMANCIO DE ARAUJO

PAI/MAE FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

NATURALIDADE TRÍBEIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/05/2002

DOC. CRESCE MASC. N. 25385 FLS. 87 LIV. A 25
CARTÓRIO TRÍBEIRA-PB

164.553.494-40

Álvaro Sávio Amâncio de Araújo



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NAME 2.317.136 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 30/11/2011

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

PAI/AÇÃO JOSE SILVINO DE ARAUJO

MARIA DE FATIMA AMANCIO DE ARAUJO

NATURALIDADE

MALTA-PB DATA DE NASCIMENTO

DOC. CRIMEM 06/09/1974

NASC. N. 2673 FLS. 159V LIV. 18

ESTADO MALTA-PB

056.931.294-97

LEI N° 7.118 DE 24/08/83

ASSINATURA DO TITULAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

DETAN - PB N° 015456716090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRI 20200000023871-5
VIA N.º REGISTRO: 00/000000000 2020
1 0094548475-5

NOME:
RUSIVELT PAULO GOMES

CPF / CNPJ: 07344676486 PLACA: MOV1217/PB
PLACA ANT / NF: NOVO PB CHASSIS: 9C2KD03308R014996

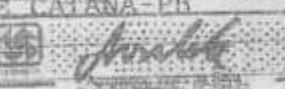
ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB: 2007 ANO MOC: 2008
CAP / PDI / CR: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR/FREQUÊNCIA: AMARELA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA	00/00/0000	1 ^o
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o
*****	0	3 ^o

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) XN (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SECUR P A G O 15/01/2020

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SAO JOSE DE CATANA - PR 15/01/2020 14826
14311 

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUATORZENAS A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 015456716090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO: 2020 DATA EMISSÃO: 15/01/2020

VIA: 1 CPF / CNPJ: 07344676486 PLACA: MOV1217/PB
IPVA: 0945484755 MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB: 2007 CAT. FAB: 9 CHASSIS: 9C2KD03308R014996

PRÉMIO (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O
PAGAMENTO	COTAS ÚNICAS	DATA DEQUITAÇÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15/01/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.346.000/0001-01

14826-1118198-20200115

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200102912

Data da solicitação: 10/06/2020
 DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CÍCERO VIANCINO DE VARGAS

CPF do beneficiário: 164 553 494-40

Nome do solicitante: CÍCERO VIANCINO DE VARGAS

CPF do solicitante: 164 553 494-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083) 999 58-2737 DDD

Tel. Comercial: () DDD

Tel. Residencial: () DDD

E-mail: REGUSA.

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: LAÚDO MÉDICO.
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TEIXEIRA - PB, 09 DE JUNHO DE 2020

Local e Data

El Giro Amarelo de Araújo

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO
RG: 2.317.136 Orgão Emissor: SEDS/PIB CPF: 056.931.294-97
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: PESCADORA
Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS Nº 39
Bairro: VILA FELIZ Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA - PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: RENAN CÁSSIO MATA OLIVEIRA
RG: 3199470 Orgão Emissor: SSP/19 CPF: 067.845.364-30
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: ADVOGADO
Endereço: RUA PE. VICENTE XAVIER Nº 40
Bairro: CENTRO Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA
Telefone: (87) 999582737 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

CPF: 164.553.494-40

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente

DAMS Morte

Teixeira - PB, 18 de Fevereiro de 2020.

Local e data



Francisca Amancio de Araujo
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



AVASTI ROCHA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

.....

.....

En test da verdade, Teixeira-PB 18/02/2020 14:30:44

Maria Avasti Costa Rocha - Titular

[2020-000727]ENOL:R\$ 10,22 FARPEM: R\$ 0,30 FEF:R\$ 2,04

SELO DIGITAL: AJT71388-X31F

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081957/20

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

CPF: 164.553.494-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA : 067.845.354-30

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

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO : 056.931.294-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 05/03/2020
Nome: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CPF: 067.845.354-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL

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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você