



Número: **0800052-97.2020.8.15.0541**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Pocinhos**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 16.200,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (AUTOR)		JULIANA ALENCAR SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37664 491	10/12/2020 09:29	Contestação	Contestação
37664 752	10/12/2020 09:29	2772198_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
37664 759	10/12/2020 09:29	2772198_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA 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,

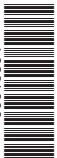
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13925107

Pag. 00601/00602 - carta_01 - INVALIDEZ

00010301





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, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 00167/00168 - carta_03 - INVALIDEZ

00020084



Carta nº 13925244





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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

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

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

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

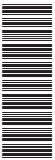
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01677/01678 - carta_16 - INVALIDEZ

00020839



Carta nº 14677844





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

308.735.829-89

Nome completo da vítima

Amad Wesley da Silva Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Amad Wesley da Silva Araújo	CPF titular da conta	308.735.829-89	Profissão	Desempregado
Endereço	Cicero Caldeiras Batista	Número	886	Complemento	
Bairro	Sacredim Etelvina	Cidade	Pocinhos	Estado	PB
Email	ISRAGLWesleyCB2@gmail.com	CPF	58150-000	Telefone (DDD)	683299392-393

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) <u>variação SL</u>		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>2469</u> D/V <u>4</u> CONTA NRO. <u>13866</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

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

Pocinhos de 23/01/19
Local e Data

Amad Wesley da Silva Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amad Wesley da Silva Araújo
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL-
DELEGACIA DE POCINHOS

Rua Padre Antônio Galdino, Nº 211 - Centro - Pocinhos - 58150-000 - (83)

Boletim de ocorrência



Ocorrência Nº 000148/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/18 registrada em 11/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Pocinhos, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POCINHOS, quando encontrava-se presente o Bel. LAMARTINE LACERDA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:51 horas, compareceu o Sr. ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, com 23 anos de idade, filho de EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS e ELIETE DA SILVA ARAÚJO LINO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de POCINHOS - PB, Solteiro, escolaridade Superior Incompleto, profissão ESTUDANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3.780.456, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10873582489, residindo à rua CICERO GALDINO BATISTA, Nº 88, bairro JARDIM ETELVINA, na cidade de Pocinhos - PB, celular (83)99372-3939.

Declarou que:

QUE é proprietário da MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, COR PRETA, ANO 2011/2011, PLACA NPY 4243/PB, CHASSI 9C2NC4310BR106976, RENAVAM 0031525274-0, LICENCIADA EM NOME GUSTAVO CESAR DE S. RIBEIRO; QUE na data de 03/04/2018, ai por volta das 18:40h, quando transitava na motocicleta supra citada, nas imediações do ginásio de esportes, centro dessa cidade de Pocinhos/PB, sofreu um acidente ao tentar desviar de um cão que atravessava a rua naquele momento; QUE na ocasião, o comunicante, que estava sozinho, derrapou e tomou no chão, tendo a base do motor da moto lhe fraturado a perna esquerda em três pontos distintos; QUE foi socorrido por populares no local, que por sua vez chamaram de imediato o pronto atendimento do SAMU local; QUE após o primeiro atendimento médico, foi conduzido pelo SAMU ao Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande/PB, onde foi examinado e permaneceu aguardando cirurgia por três dias; QUE após esse período, foi removido ao Hospital João XXIII, na mesma cidade, onde teve atendimento particular e passou por intervenção cirúrgica na perna esquerda, onde foram colocados 05 (CINCO) pinos e uma placa; QUE no dia seguinte à cirurgia, retornou para casa, onde permaneceu aproximadamente um mês de recuperação na cama e afirma que atualmente continua em tratamento fisioterapêutico. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

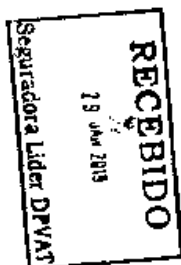
Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO

Declarante

GLEYDSON C. CAVALCANTE

Escrivão



PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME
☒ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☐ Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT





POCINHOS - PB

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade



SAMU

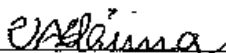
Comprovação de ato declar:



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Israel W. da Silva Araújo, vítima acidente de moto no dia 03/04/2018, zona urbana do município de Pocinhos, sendo encaminhada para HOSPITA DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:

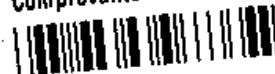

Valquíria Anselmo de Souza Lima
Coordenadora Geral e de Enfermagem

Pocinhos-PB 28/06/2018.

Rua, Apolinário Costa SN, Nova Brasília - Celular (83) 9154 - 8652.
Celular (83) 8183-9572 CEP: 58150 - 000 Pocinhos - PB



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Amel Wesley da Silva Araújo

RG nº 3.780.458 data de expedição 14/08/09 Órgão SSP/PB

CPF nº 108.935.824-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Córego Galvão Brito</u>
Número	<u>88º</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Fazenda Estêvão</u>
Cidade	<u>Pocinhos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58150-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99332-3939</u>
E-mail	<u>AmelWesley824@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pocinhos 23 de Janeiro 2019

Assinatura do Declarante: Amel Wesley da Silva Araújo



INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 88 - JARDIM DELVINA
RODRIGUES / PB CEP: 56150000 (407 71)
Emprego: 08/01/2018 Referência: Jan / 2019
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-230, Km 25 - Orla Recanto - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
Retiro: 3 - 18 - 701 - 7500 Nº medidor: 0008984850



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.065.155/0001-42 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Corte de Energia Eficiente 122.203
Cód. para Emissão Automática: 0000201209

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

Conta referente a: Jan / 2019 Apresentação: 08/01/2019 Data prevista da próxima leitura: 05/02/2019 CPF/CNPJ/RANI: 488.418.674-01

UC (Unidade Consumidora): 5/95670-6

Canal de contato
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
06/12/18	12801	08/01/19	12789						
Demonstrativo									
001	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Ag. (tarifa)	Base Cat. (tarifa)	Colim (tarifa)		
001	Consumo em kWh	128.900	0,854400	112,00	112,00	77	31,82	112,00	1,27 5,68
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
004	JUROS DE MORA 11/2018	0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005	MULTA 11/2018	7,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002	BEM SEGURO FÁCIL - AGE 01/2018	6,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCF Código de Classificação de Item TOTAL 128,22 112,00 31,82 112,00 1,27 5,68

Média últimos meses (kWh) 116 VENCIMENTO 15/01/2019 R\$ 136,29

Histórico de Consumo (kWh)

122 | 107 | 126 | 112 | 118 | 108 | 92 | 82 | 95 | 122 | 141 | 142
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

39d3.d40e.11a5.0a17.647f.02f8.a6ab.d47a

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	11/2018 - Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DESEMPENHO	0,00			Serviços de Dist. de Energia	29,00	20,53
DESEMPENHO	0,00			Consumo de Energia	79,94	58,21
DESEMPENHO	0,00			Serviço de Transmissão	4,26	3,09
DESEMPENHO	0,00			Energia Solar	6,62	4,75
DESEMPENHO	0,00			Impostos de Imposto e Entregas	52,03	38,18
DESEMPENHO	0,00			Outros Serviços	5,34	3,87
DESEMPENHO	0,00			Total	136,29	100,00

ATENÇÃO Faturas em atraso

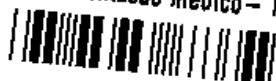
- REAVISO: Caso não(a) fatura(s) no prazo contido(m) em anexo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/01/2019. Cada vez que o cliente não pagar a fatura, o fornecimento poderá ser suspenso e qualquer momento até o decorrer do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a análise em função de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
Código Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - AGE - 01-
- O cancelamento do contrato de fornecimento e a emissão de fatura sem estas cobranças podem ser suspensos a qualquer momento na 05ª leitura.

ENERGISA PARÁIBA VENCIMENTO 15/01/2019 R\$ 136,29

Retiro: 3 - 18 - 701 - 7500 Matrícula: 85670-2018-01-2



Documentação médico - hr



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



PRONT (R.E) Nº 1628141

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0003-02

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4200 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-808 Data: 03/04/2018

Boletim de Emissão 18.9 - Modelo 02

Atendimento: Suelia Mayres Gomes Soares

PACIENTE: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CEP: 58150000

Nascimento: 06/04/1995

Endereço: MANDEL PORTO

Sexo: M

Telefone: 93136181

Cidade: Poções

Idade: 23

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: EUEFE DA SILVA ARAUJO LINDA

Nº: 487

Responsável: EUEFE DA SILVA ARAUJO LINDA

CPF:

Profissão: ESTUDANTE

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Anad: 03/04/2018

CONVENIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO X ANIMAL

Hora: 19:59:23

CONVENIO: SUS

Móveis:

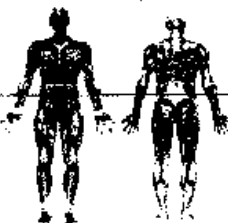
CRM:

Especialidade:

005 FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abaixo
2. Antebraço
3. Braço
4. Canela
5. Canela
6. Canela
7. Canela
8. Canela
9. Canela
10. Canela
11. Canela
12. Canela
13. Canela
14. Canela
15. Canela
16. Canela
17. Canela
18. Canela
19. Canela
20. Canela
21. Canela
22. Canela
23. Canela
24. Canela
25. Canela
26. Canela
27. Canela
28. Canela
29. Canela
30. Canela
31. Canela
32. Canela
33. Canela
34. Canela
35. Canela
36. Canela
37. Canela
38. Canela
39. Canela
40. Canela
41. Canela
42. Canela
43. Canela
44. Canela
45. Canela
46. Canela
47. Canela
48. Canela
49. Canela
50. Canela

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Gravidade

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma

H7CG-Poltrauma Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente encaminhado do SAMU (politrauma) com queimadura de 1º grau em 10% da superfície corporal.

Alergia: Não há.

MEDICAMENTOS:

Paracetamol

Wegon

EXAME FÍSICO

PUPLAS

GINZOW

PA

HGT

SAPO

ACD

ACU

AR

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia

Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARER MEDICO:

Especialista:

Especialista:

AS

DA

BRÉCIO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

1

2

3

4

5

6

PREScrições E CONDUTAS

HORARIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

Full Panel Administrative

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

H. Guzmán C. y J. L.

Tengo el honor de etc. R. con su
afiliación. FMT son afiliados. Trátese
de formular E.

Dr. McF. L. O'Neil was credited
for operations

~~reos Andre Ditz~~
~~sinh thung giao~~
~~10/10/1972~~

DESIGN DO PACIENTE _____ AS _____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (star) _____

() Transferência a outro SETOR do HOSPITAL _____

() Alta hospitalar e / ou medicação _____

() Decisão Médica _____

() Outros _____

Leonor de Almeida
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

www.empresapublica.phn?czmlar=1528141

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

480

LOADF

[illegible]

25



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Israel Wesley da Silva Araújo</u>	
End: <u>R. Manoel Porto n.º 5487</u>	Bairro: <u>Pocinhos</u>
Data de Nascimento: <u>06-01-95</u>	Documento de Identificação: _____
Queixa: <u>Dist. de</u>	Data do Atend.: <u>03-01-18</u> - Hora: <u>19:50</u> Documento: _____
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não	

Mofo

Classificação de Risco

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

Estratificação

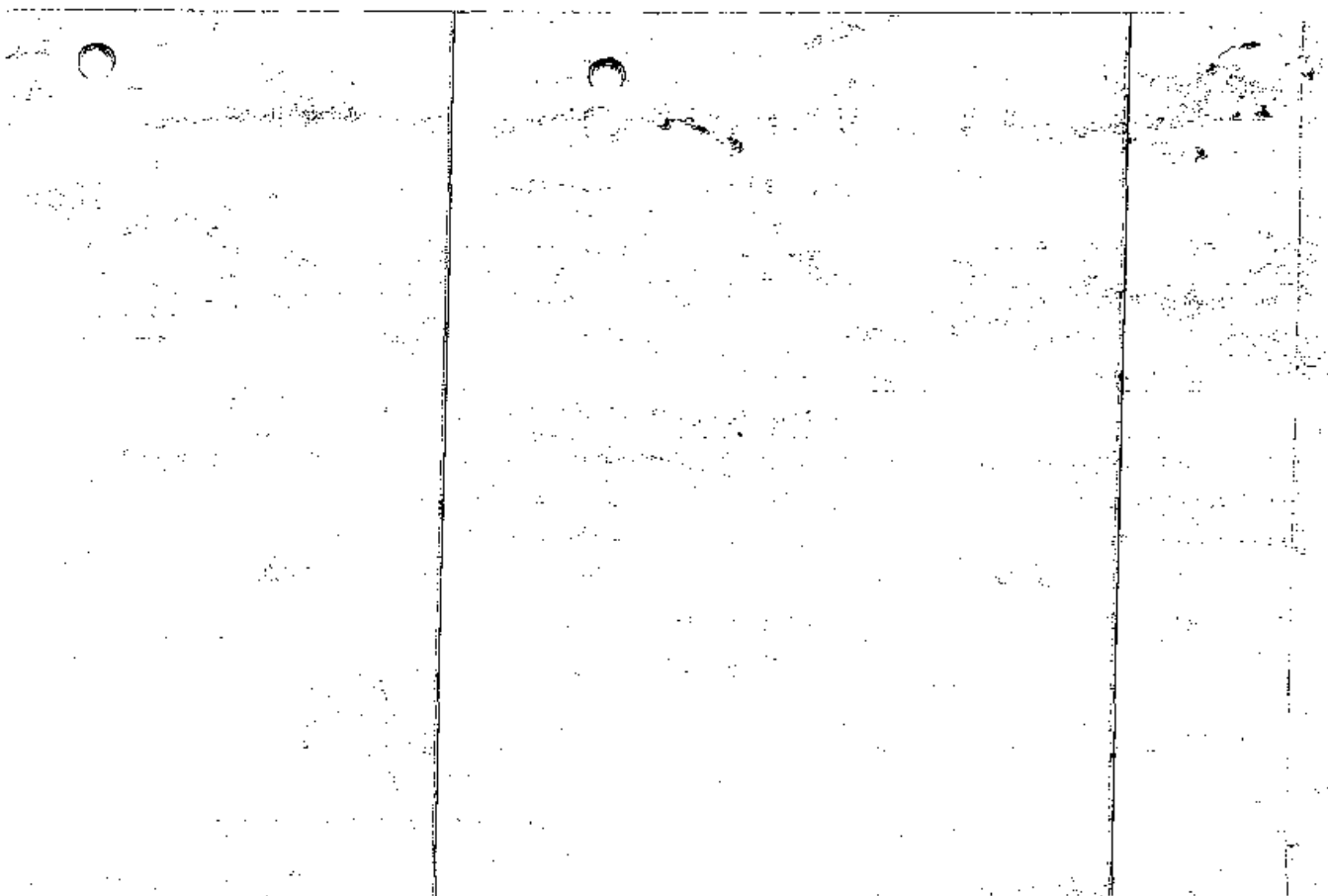
MOD. 110

☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





☐ Avaliar distensão abdominal.		☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
☒ Ajustar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Ajustar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, rosvalar em 30 minutos).		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		☒ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☒ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabeça e couro cabeludo.		
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, elevar ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		☒ Controle da dor (medicação / eufesia).
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☒ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e avaliar dor após administração da medicação.	Logo da CPM	
☒ Após administrar medicamentos analgésicos, avaliar e registrar os resultados.	sem mais	
☒ Incentivar a ingestão de líquidos.	sempre	☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☒ Observar reações de desorientação/confusão.		☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Proporcionar condições de higiene adequada e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Analisar condições do curativo.		
☒ Orientar e estimular a hidratação da pele.		☒ Estabilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.		☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Partida respiratória eficaz.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido aquecido / desidratado.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
☐ Realizar higiene íntima.		
☐ Ocluir o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
☐ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	6/4/2018	☒ Diminuir o risco de infecção.
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
☐ Delimitar e capacitar o paciente em relação ao nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistências.		☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.		
☐ Conter o paciente quando necessário.		
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.		
☐ Orientar recusa no leito.		☐ Melhora da saúde do sono.
☐ Administrar medicação CPM.		
☐ Outros.		☐ Outros
☐ Outros.		☐ Outros

Assinatura e assinatura da Enfermeira(a): [Assinatura] 06/04/2018

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Maria José de Jesus Borges
Téc. de Enfermagem
CRM 8.2018

FONTE: HICOP-B, CHAVES, J. B. FOM AVG.A.; RAE, 2 ed, 2013





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: <u>João Luiz Gonzaga de Silva</u>			
IDADE: <u>50 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>11/11/1970</u>	às <u>18</u> h
SETOR: <u>Amarelo</u>		LEITO: <u>8</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEAMBULA ☐	DEAMBULA C/APOIO ☒	ACAMADO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
☒ RISCO DE QUEDA ☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO ☒ RISCO DE INFECÇÃO ☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL ☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL ☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RISCO DE SANGRAMENTO ☐ NÁUSEA ☒ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ ☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA ☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA ☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO ☐ ☐ ☐			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL 		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO	
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. ☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. ☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. ☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. ☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). ☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. ☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°. ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO. ☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA). ☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. ☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE ☐ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

MOO 125





GOVERNO
DA PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruno Wesley

Registro:

Leito: 7

Setor Atual: 7

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: 140/70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.



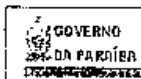
Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção 3/4/
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo; () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Sem intercorrências	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i> DATA: 02/04/2018 HORA: 8:00h	
CORON 574.64	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Paciente:	<u>Israel Wesley</u>	Enfermaria:	<u>7</u>	Leito:	<u>1</u>	Data:	<u>05/04/2018</u>
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS					
1. Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Alívio distendido ()	Dor à evacuação () Outro ()				
2. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Anorexia ()	Dor abdominal () Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro ()				
3. Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo sensorial () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas () Incapacidade de acessar o banheiro () Outro ()				
4. Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Incapacidade de lavar o corpo ()	Alterações na pressão arterial () Outro ()				
5. Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Alterações na pressão arterial ()	Outro () Reflexo verbal de dor ()				
6. Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotensão () Imobilização física () Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()				
7. Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo () Rancharimento da superfície da pele () Outro ()				
8. Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço () Outro ()				
9. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asalto () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()				
10. Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia () Outro ()				
11. Risco de queda	Procedimentos invasivos () Medicações () Extremos de idade () Agitação/Desorientação ()	Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()				
12. Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/interferência do sono () Outro ()	Ruído ()	Imobilização física ()				
13. Outro							
14. Outro							





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

DATA DO EXAME: 03/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

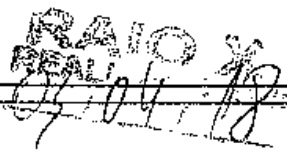
- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocos, assim como de hemorragia peritônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | CRM-PE 19003

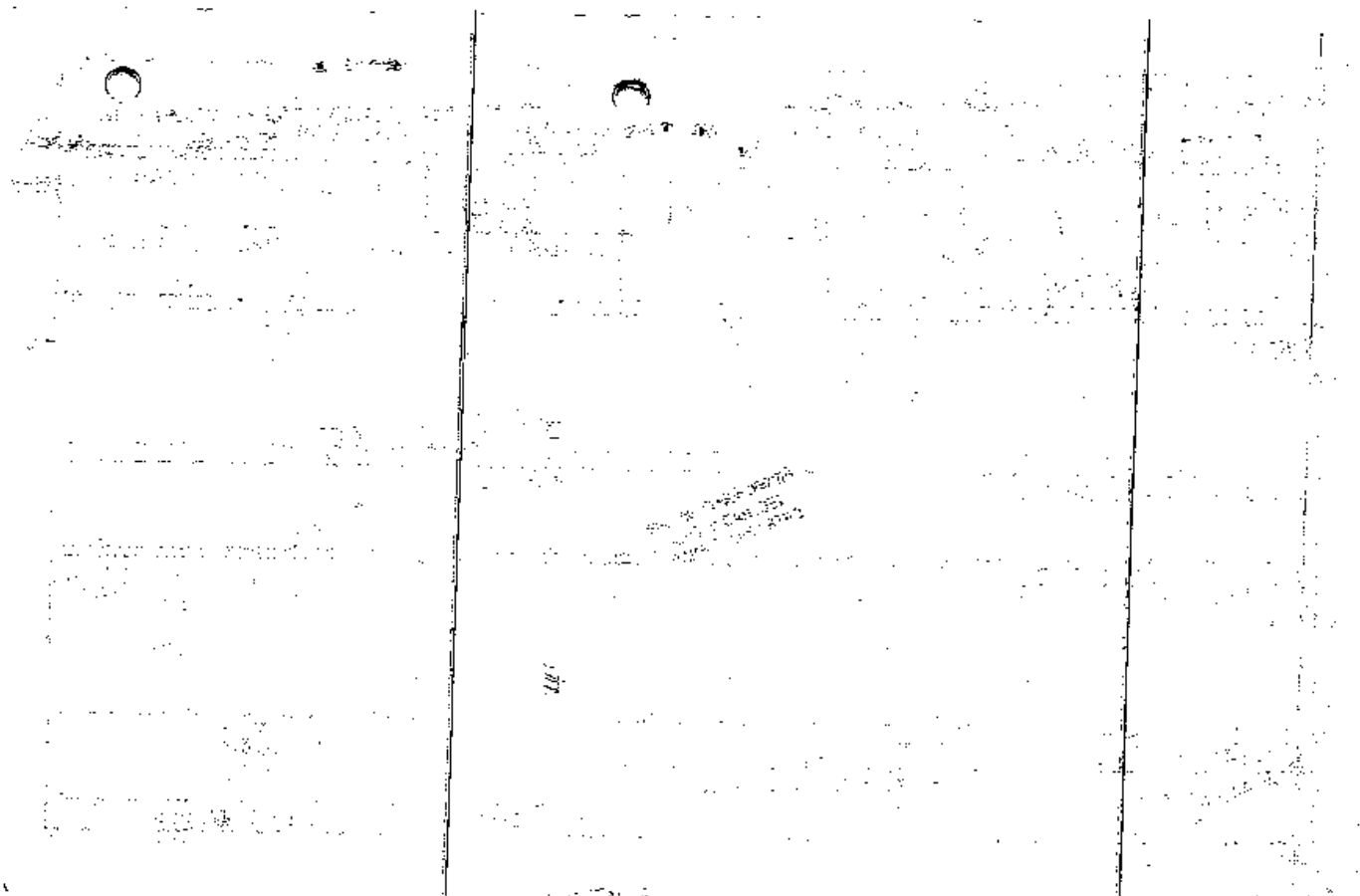




 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME:		Israel Wesley Nhon Araújo						PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:	
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐							
DADOS CLÍNICOS:		Politrauma 							
MATERIAL A EXAMINAR:		Amiano Roberto de Paula TÊC. RADIOLOGIA CRTR 020271 BMT							
EXAMES SOLICITADOS:		Radiografia Torax AP pelve AP TNE (E) AP e perfil pelve (E) AP e perfil contusão (E) AP e perfil 							
URGÊNCIA: ☒		ROTINA: ☐		Carimbo e Assinatura do Médico					
DATA: 3/4/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:							

MOD. 002







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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Israel Marley Silva Araújo										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:	Política
-----------------	----------

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

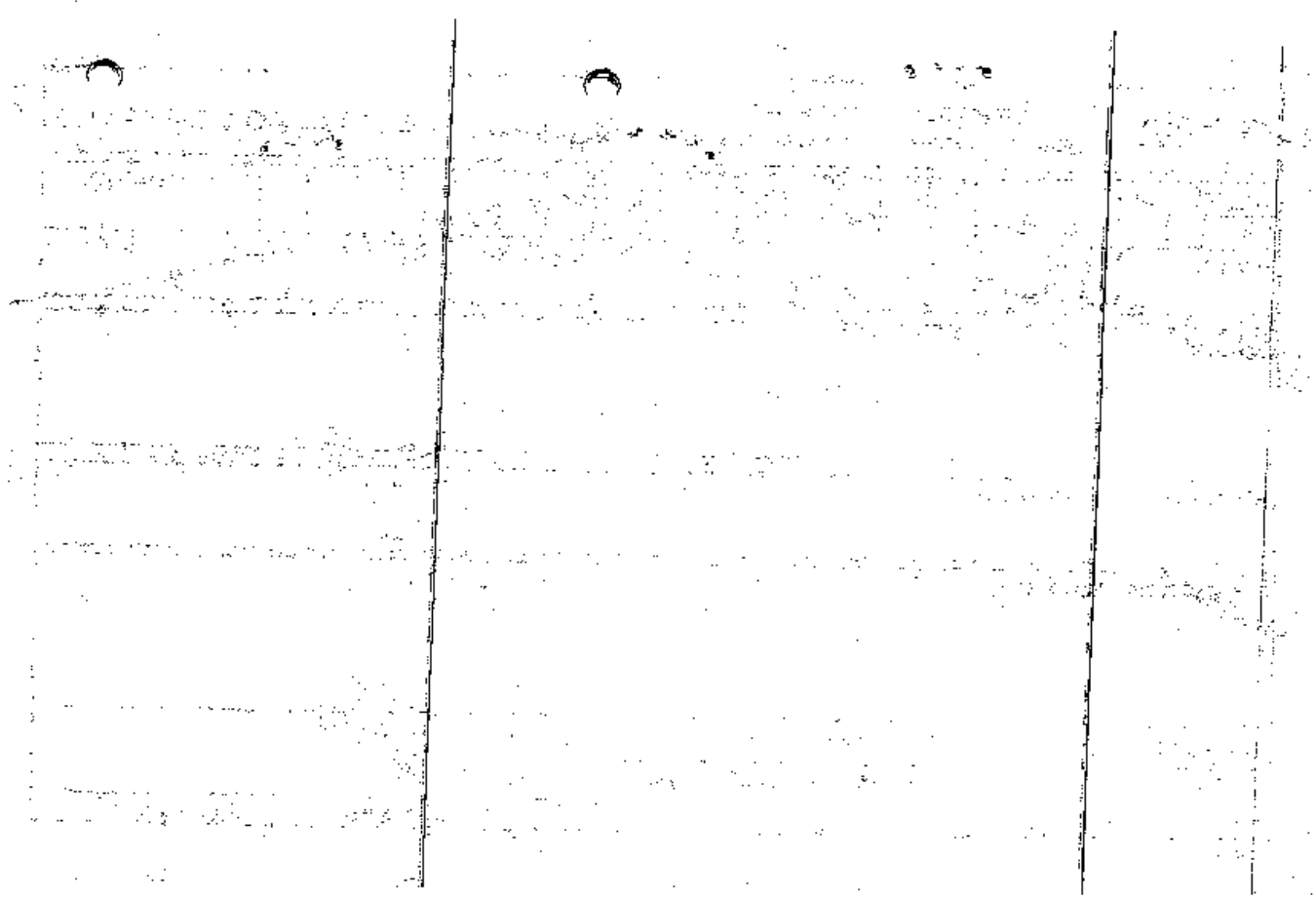
EXAMES SOLICITADOS:	USG FAST
---------------------	----------

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	 D. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9569 CREMEPE 23634
DATA: 03/11/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MDD. 002







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Pr(a): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (PAT.) Protocolo: 0000395384 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 04-04-2018 10:43 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:39]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	5.2 milhões/mm ³	4.2 a 5.6 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15.8 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	47 %	40.0 a 52.0 %
V.C.M.....	91 fL	82.0 a 97.0 fL
H.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos.....	13.900 /mm ³ (%)	4.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	695
Segmentados.....	79,0	10.981
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	15,0	2.085
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	139
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	323.000 mm ³	150.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Gerilda R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010



Impresso : 04/04/2018 11:14 - Página 1 de 2





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO Protocolo: 0000395384 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 04-04-2018 10:43 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

(DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21) Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Data

TEMPO DE COAGULACAO 8'00'' min

(DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:23) Valores de Referência:
Material: sangue De 5 a 11 minutos
Método: Latex-Clot


Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CREM 6010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 2 de 2



1349 / NZ 634.

[illegible]

20121009292380300000035932534

102

10



PROCURADOR

10/20

OUTRAS

10/20



TÉRMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Roberto de Silva Araújo Junior
pessoa responsável pelo doente Jaime Luiz de Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.
ID. 1594.168
CPF. 854.352.954-91
Em 06 de 04 de 18
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Congress, dated January 1, 1863. It is a very important document, as it is the first time that the President has addressed the Congress since the beginning of his administration. The letter is a very long one, and it covers a wide range of topics. It begins with a statement of the President's policy towards the South, and then goes on to discuss the state of the Union, the progress of the war, and the future of the country. The letter is a very important document, as it is the first time that the President has addressed the Congress since the beginning of his administration.

1247 / 112 658.

1347 7102 6580.

de São
Paulo, SP
Rua ...
Medicina e Farmácia 3335
Medicina



WAPUQ 2020

do;

2



PROCURADOR

2020

ANEXO F

10





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Suelio de Almeida Torres
pessoa responsável pelo doente João de Deus da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1594.168

CPF. 854.352.954-91

Em 06 de 04 de 18

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

fx tny (E)

21282291

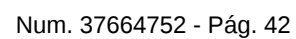
Paciente: Israel Wesley Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/04	Dieta Luv	SND	Admission
	SRL 4800ml em p/24L	12/3	Pet intus de trauma p/
	Digimone strong + mo su c/leu	pe de	mo to he + dr c/ gubica
	7160f 200g + 170 EV 12/12L. pe		de est + roany seu tny
	Duquenoel 400g EV 14	pe	(E) 140g clonpes
	Transf 400 + 100 + 50 EV c/leu 14		Interno p/ tro curio
	Nomenclon 01 Pa EV 8/12L - 50		após avaliação da Quidip
	Tela noct m 1E.		Geof.
	S8W + CCGG.	80L	VPM
	Arquivos p/ cr. Geof após de Indana		Exams p/ eip

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 09:29:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121009292380300000035932534

[illegible]





Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Francisco Luiz da Silva Araújo, portador (a)
do RG nº 3.780.458 e de CPF nº 108.735.824-89, solicito ao
Sistema de Assistência Social e de Saúde - SAS, uma cópia do Prontuário do paciente
Francisco Luiz da Silva Araújo referente à
Cirurgia de Bariatric do dia 06.10.2018.

Campina Grande, 06.10.2018

Solicitante: Francisco Luiz da Silva Araújo

Telefone: 94332-3939

RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde - SAS, uma cópia de prontuário do
paciente Francisco Luiz da Silva Araújo

Campina Grande, 10.10.2018

Recebido por: Francisco Luiz da Silva Araújo

RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89



SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXII
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/04/2018
 HORA: 17:22:17



64162*

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião	
34851	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	08/01/1995	23	M			1-CATOLICA	
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão	Nome Residencial			Nome Trabalho
		3790458 SSP PB			991468846			
Filiação	Mãe	Pai	Complemento Endereço					
	ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO							
Endereço	R. CICERO GALDINO BATISTA, 89 - MERCADO, POÇINHOS-PB CEP:							

Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Sector	Tipo Atendimento
64162	06/04/2018 17:26	07/04/2018 10:00	121710-RECEPCÃO EMERGENCIA/ELETIVA - CNV	5-INTERURCAO CIRURGICA
Médico Atendentes	Motivo Atendimento			
310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA	4-INTERURCAO URGENCIA			
Plano / Convênio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS	
0-PARTICULAR-00-PARTICULAR				

Posso	Acomodação	Leito
POSTO 100	121813 POSTO 100 - APTO 103	APT-103 1
Guia	Procedimento	
INTERNACAO	991468846 INTERURCAO	



34851

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésicos, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem dadas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

CAMPINA GRANDE, 06 de Abril de 2018

1) _____
 2) _____
 3) _____

Responsável: ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
 Endereço: R. CICERO GALDINO BATISTA, 88 Bairro MERCADO, POÇINHOS-PB
 Telefone: 991468846

Ana Carolina T. de Souza
 Responsável pelo Paciente



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	Israel Wesley
CONVÊNIO:	
Nº PRONTUÁRIO:	
Nº:	
DATA:	
HORA:	QUARTO/LEITO: 203
QUANTIDADE	HORÁRIO
1) 100mg 2x 2x	
2) 50mg 2x 2x	
3) 100mg 2x 2x	
4) 100mg 2x 2x	
5) 100mg 2x 2x	
6) 100mg 2x 2x	
7) 100mg 2x 2x	
8) 100mg 2x 2x	
9) 100mg 2x 2x	
10) 100mg 2x 2x	
11) 100mg 2x 2x	
12) 100mg 2x 2x	
13) 100mg 2x 2x	
14) 100mg 2x 2x	
15) 100mg 2x 2x	
16) 100mg 2x 2x	
17) 100mg 2x 2x	
18) 100mg 2x 2x	
19) 100mg 2x 2x	
20) 100mg 2x 2x	
21) 100mg 2x 2x	
22) 100mg 2x 2x	
23) 100mg 2x 2x	
24) 100mg 2x 2x	
25) 100mg 2x 2x	
26) 100mg 2x 2x	
27) 100mg 2x 2x	
28) 100mg 2x 2x	
29) 100mg 2x 2x	
30) 100mg 2x 2x	
31) 100mg 2x 2x	
32) 100mg 2x 2x	
33) 100mg 2x 2x	
34) 100mg 2x 2x	
35) 100mg 2x 2x	
36) 100mg 2x 2x	
37) 100mg 2x 2x	
38) 100mg 2x 2x	
39) 100mg 2x 2x	
40) 100mg 2x 2x	
41) 100mg 2x 2x	
42) 100mg 2x 2x	
43) 100mg 2x 2x	
44) 100mg 2x 2x	
45) 100mg 2x 2x	
46) 100mg 2x 2x	
47) 100mg 2x 2x	
48) 100mg 2x 2x	
49) 100mg 2x 2x	
50) 100mg 2x 2x	
51) 100mg 2x 2x	
52) 100mg 2x 2x	
53) 100mg 2x 2x	
54) 100mg 2x 2x	
55) 100mg 2x 2x	
56) 100mg 2x 2x	
57) 100mg 2x 2x	
58) 100mg 2x 2x	
59) 100mg 2x 2x	
60) 100mg 2x 2x	
61) 100mg 2x 2x	
62) 100mg 2x 2x	
63) 100mg 2x 2x	
64) 100mg 2x 2x	
65) 100mg 2x 2x	
66) 100mg 2x 2x	
67) 100mg 2x 2x	
68) 100mg 2x 2x	
69) 100mg 2x 2x	
70) 100mg 2x 2x	
71) 100mg 2x 2x	
72) 100mg 2x 2x	
73) 100mg 2x 2x	
74) 100mg 2x 2x	
75) 100mg 2x 2x	
76) 100mg 2x 2x	
77) 100mg 2x 2x	
78) 100mg 2x 2x	
79) 100mg 2x 2x	
80) 100mg 2x 2x	
81) 100mg 2x 2x	
82) 100mg 2x 2x	
83) 100mg 2x 2x	
84) 100mg 2x 2x	
85) 100mg 2x 2x	
86) 100mg 2x 2x	
87) 100mg 2x 2x	
88) 100mg 2x 2x	
89) 100mg 2x 2x	
90) 100mg 2x 2x	
91) 100mg 2x 2x	
92) 100mg 2x 2x	
93) 100mg 2x 2x	
94) 100mg 2x 2x	
95) 100mg 2x 2x	
96) 100mg 2x 2x	
97) 100mg 2x 2x	
98) 100mg 2x 2x	
99) 100mg 2x 2x	
100) 100mg 2x 2x	

Valdelúcio Cesar de Abreu Junior

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

CRM 9736

CPF: 034.413.014-46

DESTINO:

RECEBIDO POR:

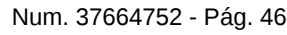
1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - FARMÁCIA

PRONTUÁRIO:

[illegible]

CONTROLE DE OXIGÊNIO

[illegible]

- ~~Exat~~ Paciente admitido para tratamento específico, Ss Vv Ojudo
a as anotações

Erica C. da Silveira
Téc. Saúde Bucal
COREN-PA 198735

Paciente em PAI Tratamento Cirurgico Fratura Tornozelo, Consciente
e Orientado, sendo medicado C.p.m. em venoclise, segue em repouso
no leito so cuidados e controles da enfermagem. Segue em repouso
Realizado Raio X anexo no sistema.



LEONARDO CEZAR

**CIRURGIA DA MÃO
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE**

Isso é Wiscoy e L

L
R. Juncos ARD

06/04/18

Handwritten signature/initials inside a circle

MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA - CLINICA MAIOR - CAMPINA GRANDE

lecezzar@hotmail.com

www.leonardocezarmao.com.br

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata).

Clinica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 32011918

(83) 9 99974277.

Leonardo Cesar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Coloquio e Microcirurgia
CRM 14.545 TC-11.000



 Centro Hospitalar João XXIII 		MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100			06/04/19
PACIENTE	Israel Wesley da Silva Araújo	CONVÊNIO	Part.	APTO	103
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR	
Frasco para denta					
Aguilha de Insulina					
Aguilha desc.p/glicemia					
Algodão Ortopédico					
Bolsa de colostomia					
Bureta (microfix)					
Cateter nasal					
Coletor de urina (sist. Fechado)					
Coletor de urina (para incont. Masculina)					
Equipo de Macrogotas					
Equipo de Microgotas					
Equipo de PVC (prvenofix)					
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)					
Esparadrapo					
Faixa Crepon (10cm)					
Faixa Crepon (15cm)					
Tira p/glicemia Advantage II					
Gaze (pacote)					
Intracath					
Jelco (angiocath)					
Luva estéril					
Luva Procedimento			04		
Micropore					
Scalp 19,021 e 23					
Seringa descartável (3ml)			03		
Seringa descartável (5ml)					
Seringa descartável (10 ml)			06		
Seringa descartável (20 ml)					
Seringa de insulina					
Sonda Enteral					
Sonda Foley					
Sonda nasogástrica					
Sonda Retal					
Sonda uretral					
Torneira de 3 vias					
Água oxigenada (curativo/lavagem)					
Vaselina					
Soro fisiológico (para curativo)					
Xilocaina Gel (p/sonda)					
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)					
Tubo endotraqueal nº					
Fio de Sutura nº					
Fio para tubo					
Faixa p/tubo					
outros					





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Israel Wesley IDADE: _____ LEITO: 103

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: _____ TURNO: TARDE

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em ps operat. faruzeh esquadra
em ventose + ATB, afecção no abdome
coniente, apresenta pequena sangramento
no local, em observação

ENFERMEIRO (A): Alp COREN: 79071





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: <u>06 / 04 / 18</u> Hora: <u>18:35</u>		Identificação: Etiqueta do paciente <u>Ismael Wesley da S. Araújo</u>
Procedimento a ser realizado: ☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca		
CHECK-LIST		
☒ Prontuário Completo	RX ☒ em sistema	☐ Pen Drive/ CD
☐ Pulseira de identificação		☐ Tricotomia local da cirurgia
☐ Avaliação Pré-Anestésica		☐ Exames Laboratoriais
☐ Consentimento Cirúrgico		☐ Exames Radiográficos
☐ Jejum desde: <u>06 / 04 / 18</u> às <u>06</u> h ECG		
☐ Alergias: <u>Nega</u>	☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas	
Técnico de Enfermagem: <u>Andra</u>		COREN: <u>1254589</u>
OBS:		





Centro Hospitalar João XXIII

SAS

RI-64362

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente: Israel Mendes da Silva Araujo 23 anos
Registro: 34853 Quarto: 103 Lito: 1 Sala: 02 Convênio: Particular
Cirurgião: Dr. Leonardo Anestesiologista: Dr. Valdeimar
Cirurgião: Dr. Euriquio Fratura Torsozelo
Instrumentador: Rogério Anestesiologista: Rogério

Data: 06/04/2018

Início: 19:30

Término: 20:30

QTD	MED. ANESTESIAS	QTD	MATERIAL / SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
01	Clonidin amp	02	Agulha Descartável 25x7		Epilazan
01	Dinof amp 1 mg		Agulha Descartável 40x12		Kolegênase
01	Dinof amp 0,2 mg		Agulha Descartável 13x4,5		Nabecotim
01	Darmod amp		Agulha Peridural n° 17		Xilocaína Geléio
01	Esmaron amp		Agulha Raquí n° 25		
01	Fentanil amp. 2 ml	03	Agulha Raquí n° 27		
	Fentanil amp. 10 ml		Atadura de Crepim n° 10x11		
	Hypnomidate		Atadura Gessado n°		
01	Ketalar fr/amp		Bolsa Colostomia		
	Marcaina fr. Posada		Borracha Silícica		
	Nercan amp	01	Cateter p/02		
	Nilporfol amp		Cateter Peridural	QTD	
	Nimbium	010	Clorhexedina Alcolica	03	Mononytyen
	Propofol amp		Clorhexedina Aquosa		Mononytyen
	Sevorane	00	Clorhexidina Degermante 4%		Calgut cromado
	Trametil amp	05	Compressa Grande (45x50-0131)		Polycot
	Tracrium	05	Oreco		Polycot
	Rapifen	05	Eletrodo		Prolene
		01	Equipo Microgotas clinjetor		Prolene
			Equipo Microgotas clinjetor		Vicril
			Equipo 4 vies		Vicril
			Esperadmpo		Cremado
			Filtro p/Respirador 100ml		Cremado
			Gases com 100ml		Simplex
			Gelco n° 30		Simplex
			Intracath Adulto		Ethibond
			Lamina de Bisturi n° 11		Ethibond
			Lamina de Bisturi n° 15	QTD	
			Lamina de Bisturi n° 23		SF 100 ml
			Luva Procud	03	SF Normotermico fr 500ml
			Luva n° 8,5 (estéril)	01	SF Oglide fr 500 ml
			Luva n° 7 (estéril)		SF Hipertermico fr 500ml
			Luva n° 7,5 (estéril)	02	Soro Ringar fr 500 ml
			Luva n° 6 (estéril)		SG fr 500 ml
			Luva n° 8,5 (estéril)		SG fr 100 ml
			Micropore		
01	Metrodiazol amp	02	Oxigênio Um n° entubado	QTD	
	Naudadron amp		PVPI Degermante		ORTESE E PROTESE
	Novabup 0,5% a/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ ag)		(União deo Cirurgião)
	Novabup 0,5% a/vaso		Seringa descartável 3ml (c/ ag)		Intensificação de
	Orneprazol	03	Seringa descartável 5 ml (c/ag)		
	Pissal amp	01	Seringa descartável 10 ml (c/ag)		
	Profand fr		Seringa descartável 20 ml (c/ag)		
	Prostigmilina amp		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		
	Quelicin		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		
01	Rocafin fr (Ceftriaxona)		Sonda Endotracheal n°		
	Tibali fr		Sonda de Foley n°		
	Transamin amp		Sonda de Foley n°		
	Toradol		Sonda Nasogástrica n°		
	Xilocaína 2% c/caso		Sonda Uretral n°		
	Xilocaína 2% a/caso		Tomarinha		
			Urofix		

União deo Cirurgião
Intensificação de

EQUIPAMENTOS

() Oxímetro pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Odontopneumático
() Foco Frontal () Cardiomonitor
() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
Tempo de Oxigênio
Circulante Responsável
Simone



ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Suelio Moreira Torres</u>		HOSPITAL: <u>UPC XV</u>	DATA: <u>06/04/18</u>
CPF: <u>02.111.10.000-01</u>	CRM: <u>3.044-45</u>	CONVENIO: <u>Particular</u>	
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:		NÚMERO DA CARTEIRA:	
CPF: <u>00.000.000-00</u>	CRM: <u>00000</u>	GUIA DE INTERNAÇÃO:	
PACIENTE: <u>Emmanuel Nery de S. Silva</u>		SENHA:	
IDADE: <u>23</u> SEXO: ☒ MAS ☐ FEM ☐	APTO ☐ ENF ☐ UTI ☐	INÍCIO: <u>14:00</u> TÉRMINO: <u>20:00</u>	
IMC: <u>20.5</u> PESO: <u>65 kg</u> ALTURA: <u>1.75 m</u>	ASA: <u>E-II-III-IV-V-VI</u>	HORÁRIO ESPECIAL: ☒ SIM ☐ NÃO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura Torácica</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>		1º AUX.: <u>Dr. Carlos</u> 2º AUX.: <u>Dr. Carlos</u>	
CÓDIGOS		PROCEDIMENTOS	
1. <u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u>		VIA%:	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
HORA: <u>14:00</u>			
AG. INAL.			MONITORIZAÇÃO:
LÍQUIDOS			☐ PAM
S. Glicosado 5%:			☒ PANI
S. Fisiológico 0.9%:			☒ ECG
Ringer Lactato:			☐ PVD
Conc. de Hemácias:			☐ TNM
			☐ Esteto. Esafágico
			☐ Esteto. Precordial
			☐ BIS
			☐ AN. Gases
TOTAL =			
OXIMETRIA			
CAPNOGRAFIA			
DIURESE	1ª HORA =	2ª HORA =	3ª HORA =
DROGAS UTILIZADAS			
1. <u>Propofol 100 mg</u>	9. <u>Propofol 100 mg</u>	17. <u>Propofol 100 mg</u>	25. <u>Propofol 100 mg</u>
2. <u>Propofol 100 mg</u>	10. <u>Propofol 100 mg</u>	18. <u>Propofol 100 mg</u>	26. <u>Propofol 100 mg</u>
3. <u>Propofol 100 mg</u>	11. <u>Propofol 100 mg</u>	19. <u>Propofol 100 mg</u>	27. <u>Propofol 100 mg</u>
4. <u>Propofol 100 mg</u>	12. <u>Propofol 100 mg</u>	20. <u>Propofol 100 mg</u>	28. <u>Propofol 100 mg</u>
5. <u>Propofol 100 mg</u>	13. <u>Propofol 100 mg</u>	21. <u>Propofol 100 mg</u>	29. <u>Propofol 100 mg</u>
6. <u>Propofol 100 mg</u>	14. <u>Propofol 100 mg</u>	22. <u>Propofol 100 mg</u>	30. <u>Propofol 100 mg</u>
7. <u>Propofol 100 mg</u>	15. <u>Propofol 100 mg</u>	23. <u>Propofol 100 mg</u>	31. <u>Propofol 100 mg</u>
8. <u>Propofol 100 mg</u>	16. <u>Propofol 100 mg</u>	24. <u>Propofol 100 mg</u>	32. <u>Propofol 100 mg</u>
Transferido para: ☒ RPA ☐ UTI ☐ APTO ☐ ENF ☐			
INDUÇÃO		Técnicas/ Observações:	
☐ Endovenosa			
☐ M. LARÍNGEA			
Nº: <u>00000</u>			
☒ Raqui-anestesia			
☐ Peridural ☐ Simples			



30/01/2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 108.735.824-89

Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data de Nascimento: 06/01/1995

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 13/10/2010

Digito Verificador: 00

Documentos de identificação



Comprovante emitido às: 11:35:21 do dia 30/01/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 13F9.20B5.3EAE.33E5



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038539/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CPF: 108.735.824-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA
ARAUJO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO : 108.735.824-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
CPF: 108.735.824-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Shirley de Azevedo
DATA DO ACIDENTE 03/01/2018 CPF DA VITIMA 108.735.825-89
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Shirley de Azevedo
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Cidade de São Paulo
Nº 88 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Jardim Helena
CIDADE São Paulo UF SP CEP 58150-000
E-MAIL shirleyazevedo@gmail.com TELEFONE (83) 99330-3939

MAQUE EM PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/01/19
IDENTIDADE 3.380.958
ASSINATURA Shirley de Azevedo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 308.735.829-89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.735.829-89 do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.735.829-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Desempregado Renda: Nem uma e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, boletim de ocorrência, laudo médico, atestados do SAMU

☐ 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>Celso Caldeira Batista</u>		Número <u>88º</u>	Complemento
Bairro <u>Frederico Atelina</u>	Cidade <u>Pocinhos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58150-000</u>
Email <u>ISRAELWESLEY@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(83) 99392-3939</u>

Pocinhos de 23 / 01 / de 2019
Local e Data

Israel Wesley da Silva Araújo
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038539/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CPF: 108.735.824-89

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO : 108.735.824-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
CPF: 108.735.824-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Amel Wesley da Silva Araújo

RG nº 3.780.458, data de expedição 14/08/09, Órgão SSPPB

CPF nº 108.335.824-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Cícero Galdino Batista</u>
Número	<u>88º</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sacrim Stehino</u>
Cidade	<u>Pocinhos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58150-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99330-3939</u>
E-mail	<u>Amelwesley02@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pocinhos 23 de Janeiro 2019

Assinatura do Declarante: Amel Wesley da Silva Araújo



INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 08 - JO ESTELVINA
POCINHOS/PB CEP: 58150000 (A.G. 71)

Emissão: 09/01/2019 Referência: Jan/2019

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B120, Km 25 - Cód. Redutor: João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7580 Nº medidor: 00088784850

energisa

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.985.163/0001-40 Ins. Est. 15.005.823-0

Nota Fiscal e Conta de Energia ENEFICA018 122368
Cód. para 01h Atendimento: 0000591708

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

Conta referente a **Jan / 2019** Apresentação **08/01/2019** Data prevista da próxima leitura **05/02/2019** CPF/CNPJ/RAN **488.118.624-61**
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/95670-6**

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/12/18	13881	09/01/19	13789	29
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa Pl.	Valor Base Calc. Aliq. Ictm(%) Base Calc. Pa(%) Cota(%) Cota(%)
			Tarifa Total(%) ICMS(%) ICMS	Pa(%) Cota(%) (1,0045%) (1,0055%)
0901	Consumo em kWh	129,000	0,654430	117,80 117,80 27 31,83 117,80 1,27 5,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	9,43	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0908	JUROS DE MORIA 11/2018	0,97	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0905	MULTA 11/2018	2,85	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0802	BEM SEGURO FÁCIL - ACE B-75/18	5,84	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 136,29 117,80 21,83 117,80 1,27 5,89

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

15/01/2019 **R\$ 136,29**

Histórico de Consumo (kWh)

122 | 107 | 128 | 112 | 118 | 106 | 95 | 92 | 85 | 132 | 141 | 142
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO FISCO

39d3.d40e.11a5.0a17.647f.02f8.a6ab.d47a.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
11/2018 - Pico					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	8,27	0,00	Serviços de Desd. de Energia	29,00	20,53
DC TRIMESTRAL	12,54	NOMINAL	Consumo de Energia	79,84	58,58
DC ANUAL	25,08		Serviços de Transmissão	4,28	3,14
FIG MENSAL	9,55	0,03	Serviços de Distribuição	6,62	4,85
FIG TRIMESTRAL	14,10	CONTRATADA	Impostos Oneros e Encargos	52,09	38,18
FIG ANUAL	14,20	INFERIOR	Outros Serviços	5,36	3,92
DFC	3,71	0,00	Total	136,29	100,00
DCM	12,22	LIMITE SUPERIOR			

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/01/2019 conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado em 15 dias antes de ocorrer a suspensão. Consumidor a partir desta data. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em dívida ativa em caso de inadimplência. Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 011-011-0111. O cancelamento da cobrança ao consumidor e a emissão de fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso
Dez/18 140,19
Ago/18 87,17

energisa PARAIBA **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
15/01/2019 **R\$ 136,29**

Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7580
Validade: 05/02/2019-01-2



Dr. Danilo Carvalho
MÉDICO
CRM-PR 9958
CREMEPE 23636

HTCG-Panel Administrative

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO:

H. P. Brown

Tornare intorno a E. Ex forse una
affezione; FAST non affettava. Trovare
da fermare E.

[illegible]

Dr. Carlos André Diniz
MÉDICO CIRURGIÃO
CRM-PB 6472

DESTINO DO PACIENTE _____ 3s _____ hs.

☐ Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Alta revella
☐ Internação (Setor) _____ () Diagnóstico Médico
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Outros

Ass. do paciente ou responsável quando necessário

<http://www.bharataprasarini.com.php?column=16281&>

SERVICES REALIZED:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBD

TRADE

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

252





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Israel Wesley da Silva Araújo		
End:	P. Manoel Porto	m: 8487	Bairro: Socinhos
Data de Nascimento:	06-01-95	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ard. de		
Data do Atend.:	03-01-18	Hora:	19:50
Documento:			
Acidente de trabalho?	☐ Sim ☐ Não		

Mofo

Classificação de Risco

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

Estratificação

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

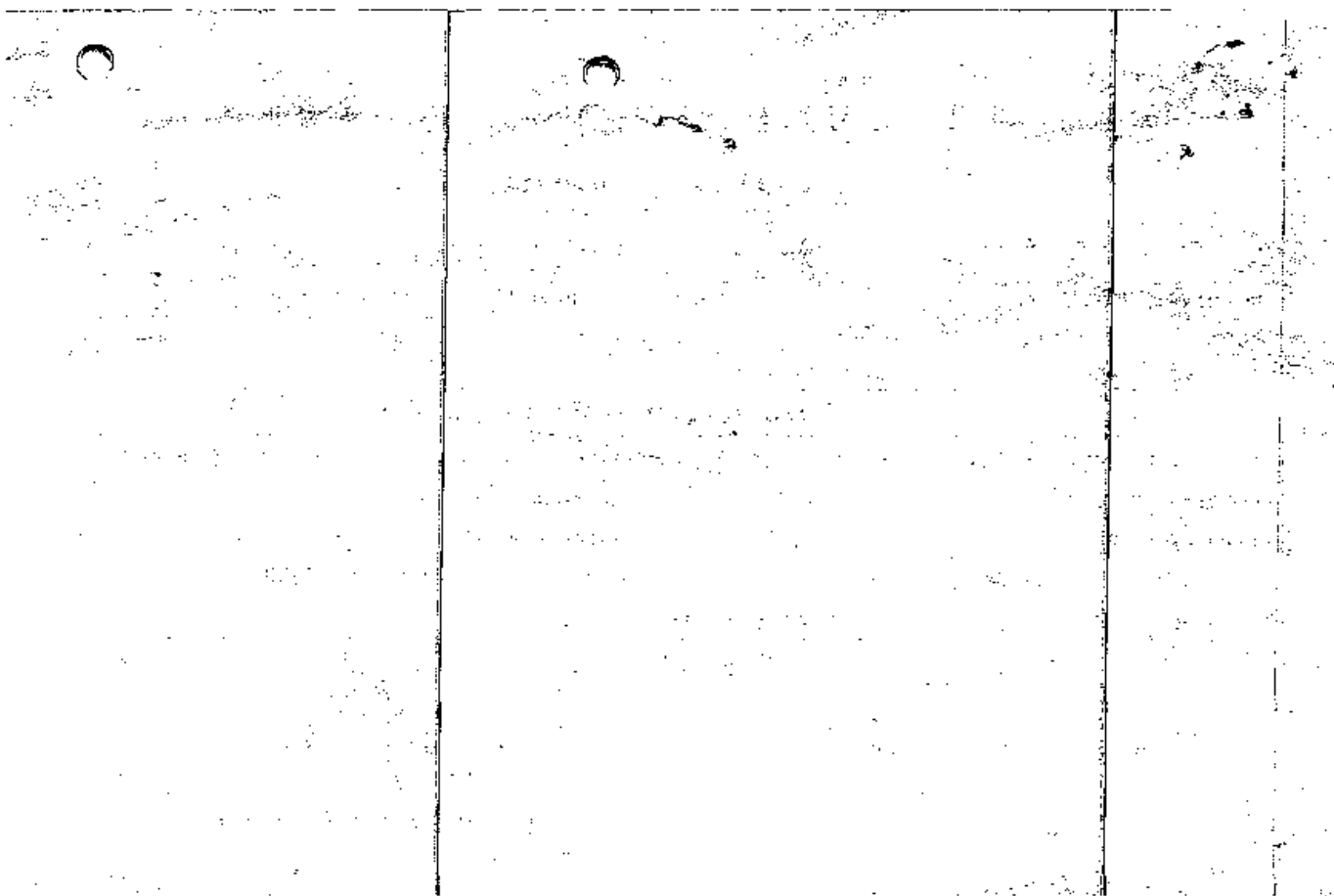
- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo de SUELIO MOREIRA TORRES
Especialista em Medicina
CORPUS 131.456

MOD. 110







SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLEIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Torres, Wesley da Silva</u>			
IDADE: <u>35 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>11/11/85</u>	às <u>10</u> h
SETOR: <u>Amarelo</u>		LEITO: <u>8</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Amarelão</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESEÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐		
SIST. GENTOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
	DEAMBULA ☐ DEAMBULA C/APOIO ☒ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GÁS. ROINTEATINAL (DIETA)	VOZ ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADQ NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: <u>120/80</u>	T: <u>36,5</u>	FR: <u>20</u> FC: <u>90</u> PESO: <u>70</u>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>amb. com uso de muletas</u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u>AVP</u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Exposao local de dor</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☒ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u>Exposao local de dor</u>	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>20 seg</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>11/11/20</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>Exemple</u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Exemple</u>	

MOG 125



[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ismael Wesley Registro: Leito: 7 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140/80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas-(Sedação/Analgésia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

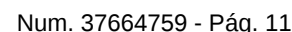
(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



FONTE: BORDINHAO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Ismael Werley Enfermeira: 7 Leito: 1 Data: 05/04/2017

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Ílmitos de evacuação Irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor a evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal () Cavidade bucal faríngea () Diarréia () Outro ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biotógicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição da camada da pele () Lavagem de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa da nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asido () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar o sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		



PACIENTE: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

DATA DO EXAME: 03/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de hidronefrose.

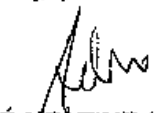
Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | CRM-PE 19003

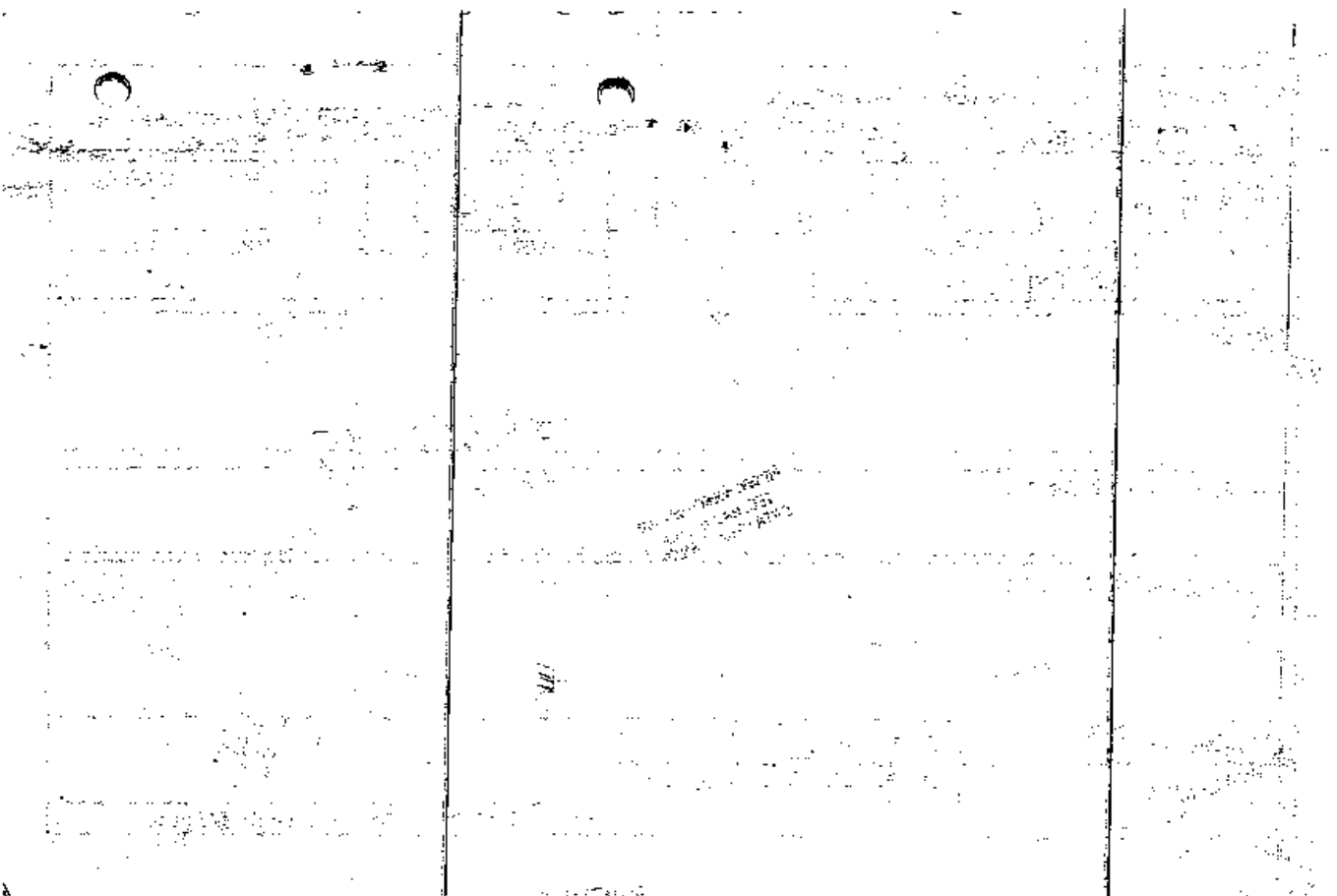




 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME: <u>Israel Wesley Nogueira Araújo</u>		PRONTUÁRIO:					
IDADE:	SEXO: M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS: <u>Politrauma</u>							
MATERIAL A EXAMINAR: RAIO REAL 05/04/18							
EXAMES SOLICITADOS: <u>Radioquímica total AP</u> <u>velve AP</u> <u>TN Z</u> ☒ <u>AP e perfil</u> <u>perfil</u> ☒ <u>AP e perfil</u>							
URGÊNCIA: ☒		ROTINA: ☐		Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9959 C.R.C. 2014			
DATA: <u>3/4/18</u>		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico			

MOD. 002







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Brasil Marley Wilson Araújo										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐	P ☐ A ☐								

DADOS CLÍNICOS:	Política
-----------------	----------

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	USG FAST
---------------------	----------

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	 Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 8969 CREMEPE 23834
DATA: 03/14/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002







ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (O.A.) Protocolo: 0000395384 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 04-04-2018 10:43 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:19)

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos.....	5.2 milhões/mm ³	4.2 A 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15.8 g/dL	13.5 A 16.0 g/dL
Hematócrito.....	47 %	40.0 A 52.5 %
V.C.M.....	91 fL	82.0 A 92.0 fL
H.C.M.....	30 pg	27.0 A 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.9 A 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referências
Leucócitos.....	13.900 /mm ³ (%)	5.000 A 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5.0	695
Segmentados.....	79.0	10.981
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	15.0	2.085
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1.0	139
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	323.000 mm ³	150.000 A 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRM 5010



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Enviado : 04/04/2018 11:14 - Página 1 de 2





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO Protocolo: 0000395384 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 04-04-2018 10:43 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21]
Material: sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Gerardo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



04

1949 7-10-2 238

~~Dr. Carlos Roberto de Silva~~
~~CRP 3335~~
~~ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA~~
~~MEDICO CRM~~



22/12/2020 09:29:24

30

10



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	JOÃO VICTOR	Alojamento	7	Leito	4	Convênio	
----------	-------------	------------	---	-------	---	----------	--

7/24/19 7:11:26 PM

[illegible]

PROCURADOR

2020

CONFIRMADO

12





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Suelio do Silva Araújo Junior
pessoa responsável pelo doente José de Jesus da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1504.168

CPF. 854.352.954-91

Em 06 de 04 de 18

Suelio do Silva Araújo Junior
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

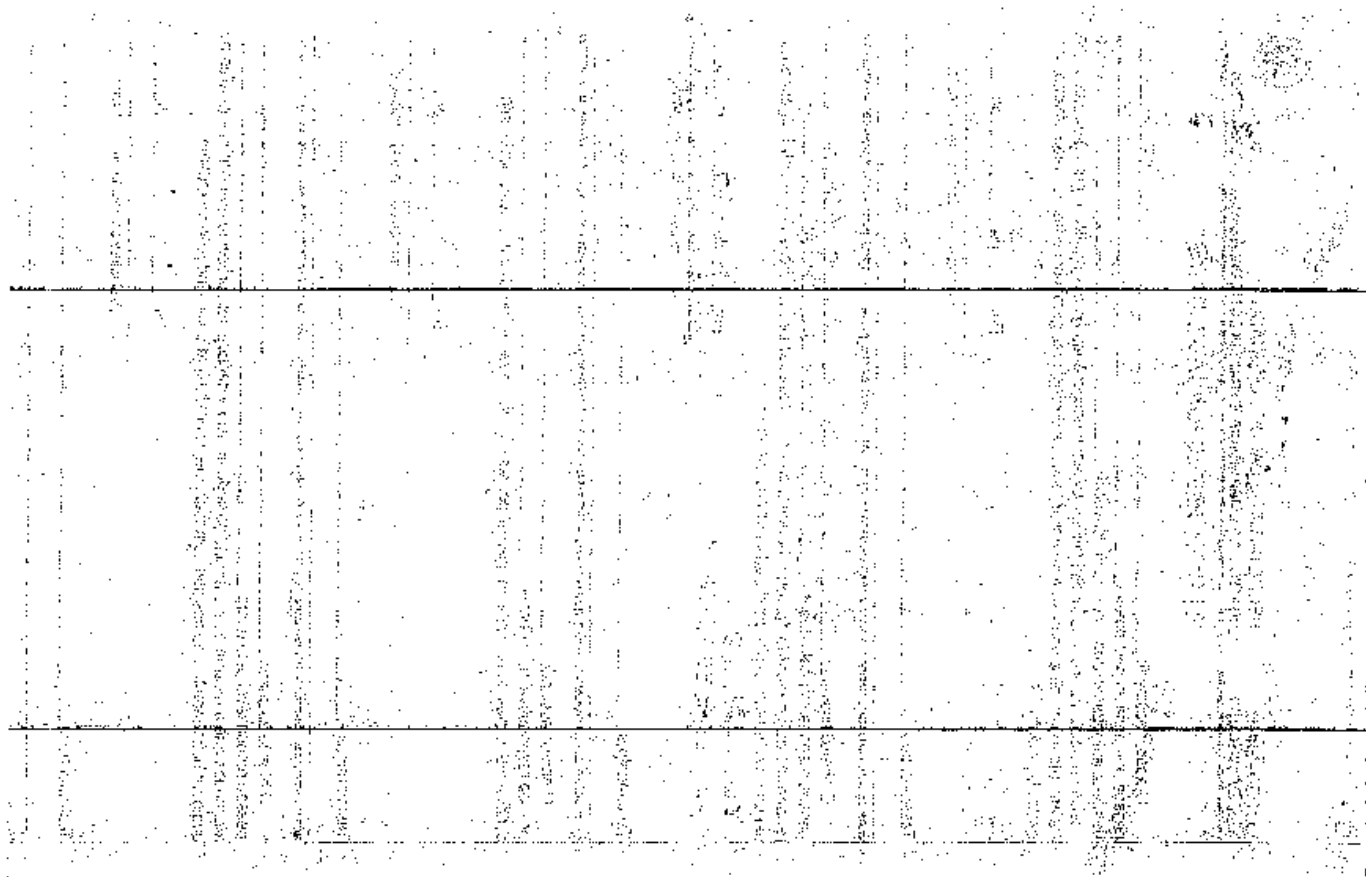
Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



0/1

PAID JUL 2 1968

~~Dr. TOS MARIANO DA SILVA~~
~~ORFOPEDIA E TRAUMATOLOGIA~~
~~3335~~
~~MEDICO - CRM~~



20121009292420200000035932539

10/12/2020

2



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

APR 22 1967

Alojamento

4

Leito

✓

Convênio

1

12/11/14 2:54

[illegible]

PROCURADOR

João

OUTRAS F

12





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

ID. 1594.168

CPF. 854.352.954-91

Em 06 de 04 de 18
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

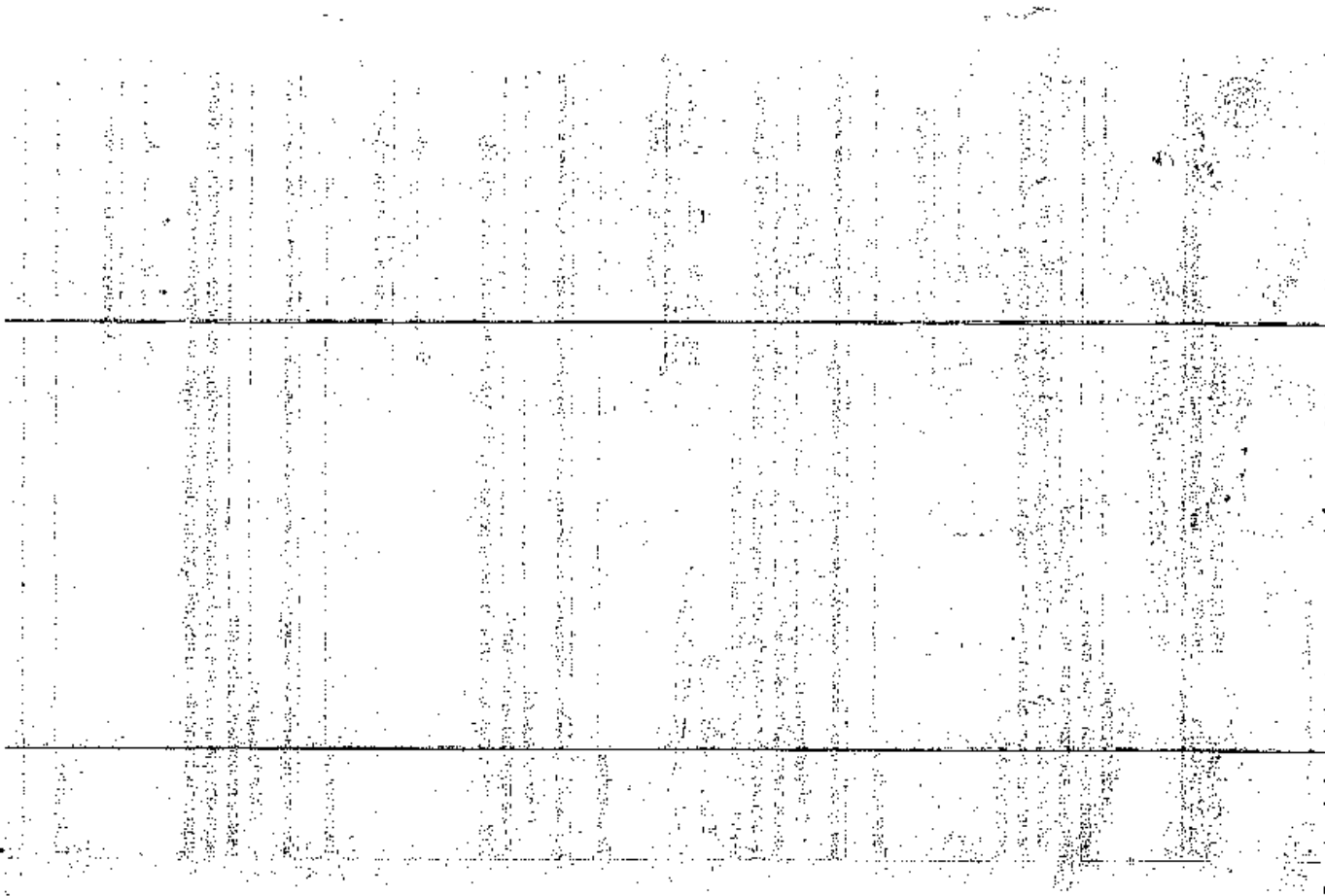
O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

fx tny (E)

21282291

Paciente	Israel Wesley	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/04	Dieta livre SRL 1800ml EV p/ 24L	GND 2 3	Admissão Paciente de trauma p/ moto batido em 14 de março de 2020, com lesões múltiplas e extensas no tórax e abdômen, com fratura de costela esquerda e fratura de fêmur direito. Evolução satisfatória.
	Digiprona 500mg + mo EV 6/6L	08:00	
	Tilidaf 200mg + mo EV 12/12L	08:00	
	Omeprazol 40mg EV 12/12L	08:00	
	Trembolon 100mg + 100mg 5F EV 6/6L	08:00	
	Normetecor 01mg EV 8/8L - 5L		
	Talco hote MLE		
	SBN + CCGC	08:00	
	Arterias p/ cr. Graf antes de Internar		Exames pré op.
	Indicação: Ruptura de Aorta Abdominal		Indicação: Ruptura de Aorta Abdominal

[illegible]



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Francisco José da Silva Araújo, portador (a)
do RG nº 3.780.458 e de CPF nº 108.735.824-89, solicito ao
Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia do Prontuário do paciente
Francisco José da Silva Araújo referente à
Cirurgia da Hernia do dia 06/09/2018.

Campina Grande, 06/09/2018

Solicitante: Francisco José da Silva Araújo

Telefone: 94232-3939

RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia de prontuário do
paciente Francisco José da Silva Araújo

Campina Grande, 20/10/2018

Recebido por: Francisco José da Silva Araújo

RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89



HORA: 17:22:17

Num. 37664759 - Pág. 38

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME:	Marcel Wesley	
CONVÊNIO:		
Nº PRONTUÁRIO:		
Nº:	DATA:	
HORA:	QUARTO/LEITO: 203	
QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
100ml	1) 500mg Amox. W + 250mg	30/30 08:30
300	2) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	3) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	4) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	5) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	6) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	7) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	8) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	9) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	10) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	11) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	12) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	13) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	14) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	15) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	16) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	17) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	18) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	19) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	20) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	21) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	22) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	23) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	24) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	25) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	26) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	27) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	28) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	29) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	30) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	31) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	32) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	33) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	34) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	35) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	36) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	37) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	38) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	39) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	40) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	41) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	42) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	43) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	44) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	45) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	46) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	47) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	48) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	49) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	50) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	51) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	52) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	53) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	54) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	55) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	56) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	57) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	58) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	59) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	60) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	61) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	62) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	63) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	64) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	65) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	66) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	67) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	68) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	69) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	70) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30
300	71) 100mg Ig. W 6/6h	30/30 09:30



P1 CENTRO HOSPITALAR JOÃO XXIII
SISTEMA DE ATENDIMENTO ESPECIAL e de Emergência
 (SAS)
 NOME DO PACIENTE: SHARON WILKEY
 JURTO/LEITO 103 DATA ADMISS.:
 CONVÊNIO Particular PRONTUÁRIO:
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible][illegible]

- ~~test~~ Pontos admitidos para tratamento específico, ss vv Ofrido
a as anotações

Érica C. da Silveira
Téc. Enfermagem
COREN-PR: 188733

1 Paciente em POI Tratamento Cirurgico Fratura Tornozelo, Consciente
& Orientado, sendo medicado C.p.m. em venoclise, segue em repouso
no leito no cuidados e controles da Enfermagem. segue em repouso
Realizado Raio X anexo no sistema.



LEONARDO CEZAR

**CIRURGIA DA MÃO
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE**

152000 W35000 n 1m

L

1) R. Juncos

ARD



06/04/18

MAIOR

MAIORIA DE 18 ANOS - ALCOOLISMO - ASSUNTOS DE FAMILIA

Leonardo Cesar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Coloquio e Microcirurgia
GRM - Rua 1000 T. 07 - 07000

leocezar@hotmail.com

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata).

(83) 32011918

www.leonardocezarmao.com.br

Clínica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 9 99974277.



 Centro Hospitalar João XXIII Sistema de Assistência Social e Hospitalar 				
MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100				
PACIENTE	CONVÊNIO	06/04/19		
Israel Wesley da Silva Araújo	Part.	APTO 103		
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Aguilha de Insulina				
Aguilha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparradrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento			04	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)			09	
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			06	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocalina Gel (p/sonda)				
Xilocalina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal n°				
Fio de Sutura n°				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Israel Wesley IDADE: _____ LEITO 303

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: _____ / _____ / _____ TURNO: TARDE

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em ps. operat. Torções esquerda
em dor + ATB, afecção no choro
casual, apresenta pequeno sangramento
no local, em observação

ENFERMEIRO (A): Alf COREN: 79071





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: <u>06 / 04 / 18</u> Hora: <u>10:35</u>	Identificação: Etiqueta do paciente
Procedimento a ser realizado: ☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca	<u>Jonas Wesley da S. Araújo</u>

CHECK-LIST

☒ Prontuário Completo	RX ☒ em sistema	☐ Pen Drive/ CD
☐ Pulseira de Identificação		☐ Tricotomia local da cirurgia
☐ Avaliação Pré-Anestésica		☐ Exames Laboratoriais
☐ Consentimento Cirúrgico		☐ Exames Radiográficos
☐ Jejum desde: <u>06/04/18</u> às <u>06</u> h ECG		
☐ Alergias: <u>Nega</u>	☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas	
Técnico de Enfermagem: <u>Andra</u>	COREN: <u>1254589</u>	
OBS:		



P

Centro Hospitalar João XXIII

SAS

RT: 64362

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente: Israel Alencar da Silva Aguiar, 23 anos
Registro: 34863 Quarto: 103 Leito: 1 Sala: 02 Convênio: Particular
Cirurgião: Dr. Leonardo Anestesiologista: Dr. Valdelino
Cirurgia: Trat. Cirúrgico Fratura Torsozelo
Instrumentador: Rogério

Data: 06/04/2018

Início: 19:30

Término: 20:30

QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAL / SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epitazan
01	Dinof amp 1 mg	02	Agulha Descartável 40x12		Kotagenase
01	Dinof amp 0.2 mg		Agulha Descartável 13x4.5		Nabecatin
	Dormidol amp		Agulha Peridural n° 17		Xilocalina Gelatin
01	Eamoron amp		Agulha Raqui n° 25		
01	Entenil amp. 2 ml	01	Agulha Raqui n° 27		
	Entenil amp. 10 ml	03	Alcôim de Crepom n° 100ml		
	Hypnomidate		Alcôim Gessoda n°		
01	Ketalar 10amp.		Bolsa Colostomia		
	Marcaina fr. Pesada		Borracha Silicone		
	Narcan amp	01	Cateter p02		
	Nilperidol amp		Cateter Peridural	QTD	FIOS
	Nimbium	000	Clorhexidina Alcoolica	03	Mononytyon
	Propofol amp		Clorhexidina Aquosa		Mononytyon
	Sevorane	00	Clorhexidina Dogormante 4%		Calgut cromado
	Tramal amp	05	Compressa Grande (45x50-0131)		Polycot
	Tractium	05	Dreno		Polycot
	Rapifen	05	Eletrodo dose		Protene
QTD	MEDICAÇÕES	01	Equipo Macropotas c/injetor		Protene
01	Adrenalina		Equipo Macropotas c/injetor		Vicril
01	Agua destilada amp		Equipo 4 vies		Vicril
	Antok amp		Esperadrupo		Cromado
	Atropina amp		Filtro p/Respirador 100ml		Cromado
01	Buscopan amp	05	Gasos com 100ml		Simples
	Cefazolina(Kalazar)		Goico n° 30		Simples
01	Decadron amp		Intracath Adulto		Ethibond
	Diphen amp		Lamina de Bisturi n° 11		Ethibond
	Dramin amp		Lamina de Bisturi n° 15	QTD	SOROS
	Electrina amp	01	Lamina de Bisturi n° 23		SF 100 ml
	Garamicina amp	03	Luva Proced	03	SF Normotermico fr 500ml
	Glicose amp		Luva n° 6.5 (esteril)	01	SF Opalino fr 600 ml
	Hidrocorisona amp	03	Luva n° 7 (esteril)		SF Hipertermico fr 500ml
	Hisocel	03	Luva n° 7.5 (esteril)	02	Soro Ringer fr 500 ml
	Kanadon amp	03	Luva n° 8 (esteril)		SG fr 500 ml
	Koflin fr		Luva n° 8.5 (esteril)		SG fr 100 ml
	Lasix amp		Microscopio		
01	Motrodiazol amp	02	Oxigênio 1/m	QTD	ORTOSE E PROTESE
	Naudodron amp		PVPi Dogormante		União Orto Cirurgico
	Novabupr 0.5% c/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ ag)		Intensificador de
	Novabupr 0.5% c/vaso		Seringa descartável 3ml (c/ ag)		
	Omeprazol	01	Seringa descartável 5 ml (c/ ag)		
	Piasil amp	02	Seringa descartável 10 ml (c/ ag)		
	Profenid fr	01	Seringa descartável 20 ml (c/ ag)		
	Prostinina amp		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		EQUIPAMENTOS
	Quelcin		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		() Oximetro pulso () Foco Auxiliar
	Rocoflin fr (Ceftriaxona)		Sonda Endotracheal n°		() Serra () Electrocauterio
01	Tibali fr		Sonda de Foley n°		() Desfibrilador () Oxidapnografico
	Trasnamin amp		Sonda de Foley n°		() Foco Frontal () Cardiomonitor
	Toradol		Sonda Nasogastrica n°		() Fonte de Luz () Perfusor Eletrico
	Xilocalina 2% c/vaso		Sonda Urinal n°		
	Xilocalina 2% c/vaso		Tornelinha		
			Urofix		

Circulante Responsavel

Simone





30/01/2019

Documentos de Identificação



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **108.735.824-89**

Nome: **ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO**

Data de Nascimento: **06/01/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/10/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:35:21** do dia **30/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **13F9.20B5.3EAE.33E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038533/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CPF: 108.735.824-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA
ARAUJO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO : 108.735.824-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
CPF: 108.735.824-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Shirley Wesley da Silva Souza
DATA DO ACIDENTE 03/01/2018 CPF DA VITIMA 308.935.805-89
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Shirley Wesley da Silva Souza
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Cicero Góes de Castro
Nº 885 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Paradinha
CIDADE Paraná UF PR CEP 58.500.000
E-MAIL shirleywesley@gmail.com TELEFONE (83) 99330-3939

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTALIDADE - R\$ 11.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOPRATISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 023 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/01/19
IDENTIDADE 3.380.958
ASSINATURA Shirley Wesley

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 108.935.829-89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Israel Wesley da Silva Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.935.829-89 do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima Israel Wesley da Silva Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.935.829-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Desempregado Renda: Não tenho e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, boletim de ocorrência, laudo médico, atendimento do SAMU

☐ 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>Cidade Caldeirão Batista</u>		Número <u>88º</u>	Complemento
Bairro <u>Paradise Estância</u>	Cidade <u>Pocinhos</u>	Estado <u>PB</u>	CPF <u>58150.000</u>
Email <u>ISRAELWESLY.ISRAELWESLYCR30@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99392-3939</u>

Pocinhos de 23 / 01 de 2019
Local e Data

Israel Wesley da Silva Araújo
Assinatura do Declarante

DL0RL001 V001/2017



SEGURO DPVAF
SAC DPVAF
CEP: 20031-205

Rio de Janeiro - RJ

Rua: Senador Dantas, 74, 15º andar
Centro



Israel Wesley da Silva Araújo
Alano Caldeira Batista 88º
Pacinhos - PB
CSP: 68150-000
Saudem Eléena



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038533/19

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

CPF: 108.735.824-89

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO : 108.735.824-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2019
Nome: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
CPF: 108.735.824-89

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089254

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01363/01364 - carta_16 - DAMS



Carta nº 14670285





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL-
DELEGACIA DE POCINHOS

Rua Padre Antônio Galdino, Nº 211 - Centro - Pocinhos - 58150-000 - (83)

Boletim de ocorrência



OCCORRÊNCIA Nº 000148/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/18 registrada em 11/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Pocinhos, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POCINHOS, quando encontrava-se presente o Bel. LAMARTINE LACERDA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assipado e declarado, ai, por volta das 14:51 horas, compareceu o Sr. ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, com 23 anos de idade, filho de EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS e ELIETE DA SILVA ARAÚJO LINO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de POCINHOS - PB, Solteiro, escolaridade Superior Incompleto, profissão ESTUDANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3.780.458, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10873582489, residindo à rua CÍCERO GALDINO BATISTA, Nº 88, bairro JARDIM ETELVINA, na cidade de Pocinhos - PB, celular (83)99372-3939.

Declarou que:

QUE é proprietário da MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, COR PRETA, ANO 2011/2011, PLACA NPY 4243/PB, CHASSI 9C2NG4310BR106976, RENAVAM 0031525274-0, LICENCIADA EM NOME GUSTAVO CESAR DE S. RIBEIRO; QUE na data de 03/04/2018, ai por volta das 18:40h, quando transitava na motocicleta supra citada, nas imediações do ginásio de esportes, centro dessa cidade de Pocinhos/PB, sofreu um acidente ao tentar desviar de um cão que atravessava a rua naquele momento; QUE na ocasião, o comunicante, que estava sozinho, derrapou e tombou no chão, tendo a base do motor da moto lhe fraturado a perna esquerda em três pontos distintos; QUE foi socorrido por populares no local, que por sua vez chamaram de imediato o pronto atendimento do SAMU local; QUE após o primeiro atendimento médico, foi conduzido pelo SAMU ao Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande/PB, onde foi examinado e permaneceu aguardando cirurgia por três dias; QUE após esse período, foi removido ao Hospital João XXIII, na mesma cidade, onde teve atendimento particular e passou por intervenção cirúrgica na perna esquerda, onde foram colocados 05 (CINCO) pinos e uma placa; QUE no dia seguinte à cirurgia, retornou para casa, onde permaneceu aproximadamente um mês de recuperação na cama e afirma que atualmente continua em tratamento fisioterapêutico. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

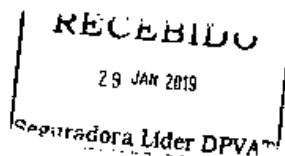
Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO

Declarante

GLEYDSON C. CAVALCANTE

Escrivão



PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☒	BO em cópia simples
☐	Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IMI em cópia Simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	





POCINHOS - PB

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade



SAMU

[Handwritten signature]

Comprovação de ato declar:

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Israel W. da Silva Araújo, vítima acidente de moto no dia 03/04/2018, zona urbana do município de Pocinhos, sendo encaminhada para HOSPITA DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:

[Handwritten signature: Valquíria]
Valquíria Anselmo de Souza Lima
Coordenadora Geral e de Enfermagem

Pocinhos-PB 28/06/2018.

Rua, Apolinário Costa SN, Nova Brasília – Celular (83) 9154 - 8652.
Celular (83) 8183-9572 CEP: 58150 - 000 Pocinhos - PB



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Amad Wesley da Silva Araújo

RG nº 3.780.458, data de expedição 14/08/09, Órgão SSPPB

CPF nº 108.335.824-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Cícero Galdino Batista</u>
Número	<u>88º</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sacrim Stehino</u>
Cidade	<u>Pocinhos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58150-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99330-3939</u>
E-mail	<u>Amadwesley02@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pocinhos 23 de Janeiro 2019

Assinatura do Declarante: Amad Wesley da Silva Araújo



INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 08 - JO ESTELVINA
POCINHOS/PB CEP: 58150000 (A.G. 71)

Emissão: 09/01/2019 Referência: Jan/2019
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B120, Km 25 - Cód. Redutor: João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 3 - 78 - 701 - 7580 Nº medidor: 00088784850

energisa

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.985.163/0001-40 Ins. Est. 15.005.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 018 122368
Cód. para 01h. Atendimento: 0000591704

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

Conta referente a **Jan / 2019** Apresentação **08/01/2019** Data prevista da próxima leitura **05/02/2019** CPF/CNPJ/RAN **488.118.624-61**
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/95670-6**

Canal de contato
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/12/18	13881	09/01/19	13789	29
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa Pl.	Valor Base Calc. Aliq. Ictm(%) Base Calc. Pa(%) Cota(%) Cota(%)
			Tarifa Total(%) ICMS(%) ICMS	Pa(%) Cota(%) (1,045%) (1,045%)
0901	Consumo em kWh	129,000	0,854430	110,20 117,83 27 31,83 117,80 1,27 5,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	9,43	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0904	JUROS DE MORIA 11/2018	0,97	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0905	MULTA 11/2018	2,85	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0802	BEM SEGURO FÁCIL - ACE B-75/18	5,84	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 136,29 117,83 21,83 117,83 1,27 5,89

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

15/01/2019 **R\$ 136,29**

Histórico de Consumo (kWh)

122	107	128	112	118	106	95	92	85	132	141	142
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCO

39d3.d40e.11a5.0a17.647f.02f8.a6ab.d47a.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
11/2018 - Período					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	8,27	0,00	Serviços de Desd. do Energia Elétrica	29,00	20,53
DC TRIMESTRAL	12,54	NOMINAL	Consumo de Energia	79,31	57,31
DC ANUAL	25,08		Serviços de Transmissão	4,28	3,09
FIG MENSAL	9,55	0,03	Serviços de Distribuição	8,52	6,17
FIG TRIMESTRAL	14,10	CONTRATADA	Impostos Oneros e Encargos	52,02	37,88
FIG ANUAL	14,20	INFERIOR	Outros Serviços	5,34	3,87
DFC	3,71	0,00			
DCM	12,22	LIMITE SUPERIOR	Total	136,29	100,00

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/01/2019. Condição: Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado em 15 dias antes. Caso não esteja em dia, a suspensão será automática. Este prazo não vale para as faturas já reavisdadas, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em dívida ativa por crédito no caso de inadimplência. Contrato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - 0.

O cancelamento da cobrança ou conversão e a emissão de fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na Distribuidora.

energisa PARAIBA **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
15/01/2019 **R\$ 136,29**

