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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190
Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 11/02/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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.

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

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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190 **Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: 11/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190 **Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: 11/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **ALUISIO PEREIRA DE SOUZA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **1**
Agência: **000001346-3**
Conta: **000010005436-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190 **Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: 11/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 14755211

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377190 **Cidade:** Umbuzeiro **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 43077234491 | Nome completo da vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA | CPF: 43077234491

Profissão: CAMINHONEIRO | Endereço: RUA Dr. CARLOS RESSOA | Número: 223 | Complemento: CASA

Bairro: CENTRO | Cidade: UMBUZEIRO | Estado: PB | CEP: 58497.000

E-mail: [illegible] | Tel.(DDD): 81) 99696 4979

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1346 (3) (Informar o dígito se existir) CONTA: 5436 (4) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

RECEBIDO
06 JUN 2019
Seguradora Líder DPVAT

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Ordó, PE, 03 de junho 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aluísio Pereira de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

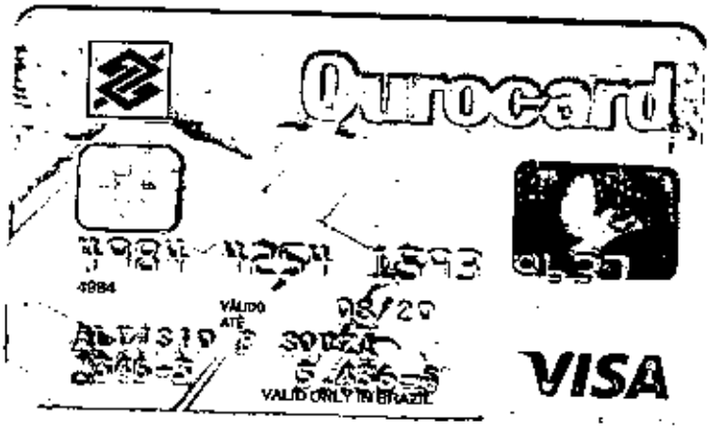
CPF: _____

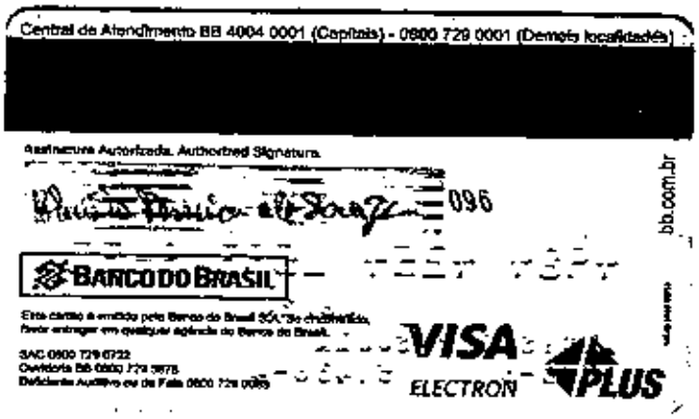
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018


Ourocard
4984
VÁLIDO ATÉ
VALID ONLY IN BRAZIL
VISA


Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) - 0800 729 0001 (Demais localidades)
Assinatura Autorizada. Authorized Signature.
096
bb.com.br
BANCO DO BRASIL
VISA
ELECTRON
PLUS

Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 43077234491 | Nome completo da vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA | CPF: 43077234491

Profissão: CAMINHONEIRO | Endereço: RUA Dr. CARLOS RESSOA | Número: 223 | Complemento: CASA

Bairro: CENTRO | Cidade: UMBUZEIRO | Estado: PB | CEP: 58497.000

E-mail: [illegible] | Tel.(DDD): 81) 99696 4979

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1346 (3) (Informar o dígito se existir) CONTA: 5436 (4) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

RECEBIDO
06 JUN 2019
Seguradora Líder DPVAT

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Ordó, PE, 03 de junho 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aluísio Pereira de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

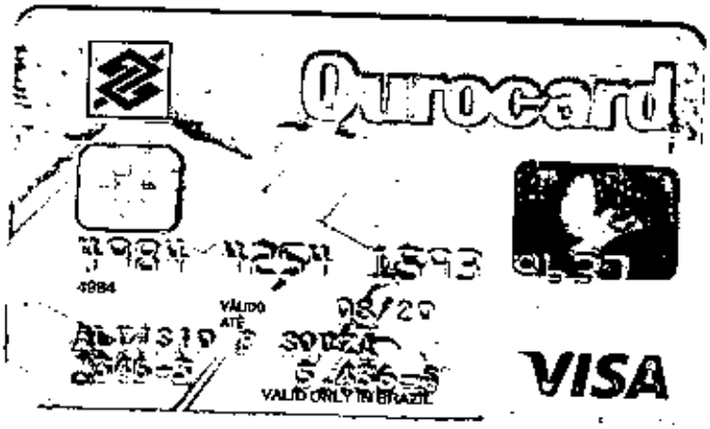
CPF: _____

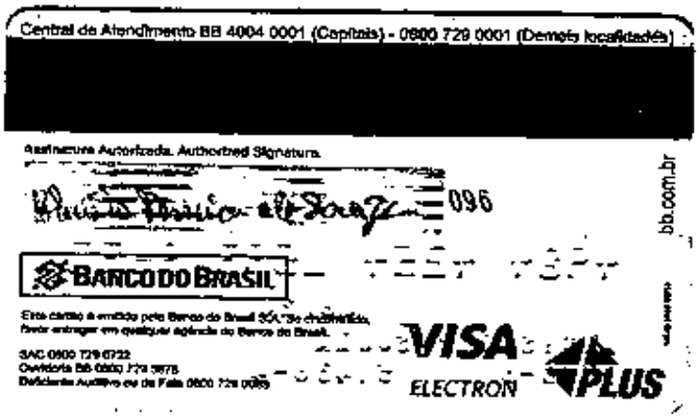
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

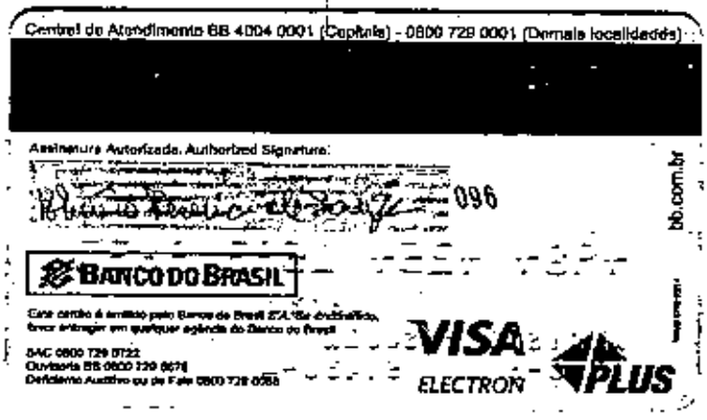
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018


Ourocard
4984
VÁLIDO ATÉ
VALID ONLY IN BRAZIL
VISA


Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) - 0800 729 0001 (Demais localidades)
Assinatura Autorizada. Authorized Signature.
096
bb.com.br
BANCO DO BRASIL
VISA
ELECTRON
PLUS

Autorizacao de pagamento



SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL
2ª Superintendência Regional de Polícia
Delegacias da Comarca de Umbuzeiro

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
COPIA AUTENTICA conforme o original apresentado. DOU FE. Orobo, 03/05/2019. Flavia Cisele de Resquita Soares-Escrevente Ro
Cartorio: R$ 3,07 - TSNR: R$ 0,68 - FERC: R$ 0,34 - FERM: R$ 0,03 - FUNSEG: R$ 0,07 - Total: R$ 4,19
Selo(s)0077602.UVN04201901.01484
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

BOLETIM DE *OCORRÊNCIA Nº 13/2019*

Versando sobre ACIDENTE DE MOTO

Hora e data do fato: Às 18:30, do dia 11 de fevereiro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:43, do dia 13 de maio de 2019.

Boletim de ocorrencia

Local do Ocorrido: AV CARLOS PESSOA, CENTRO, UMBUZEIRO/PB

COMUNICANTE/VÍTIMA: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA*, do sexo masculino, nascido no dia [illegible] com 54 anos de idade, ID: 2866062SSP/PE, CPF: 430772344-91, CAMINHONEIRO, filho de JOSE PEREIRA DE SOUZA e de ALAIDE FILGUEIRA DE L. ALBUQUERQUE, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de OROBÓ/PE, residente na AV CARLOS PESSOA, 163, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB, celular Nº 83/9.8128-3533*

TESTEMUNHAS: 1)JEMERSON MATHEUS BARBOSA *ALVES, residente na RUA SAMUEL OZORIO, 90, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB. 2)****JOAO ALISSON DE ANDRADE*** *MAIA, residente na RUA CARLOS PESSOA, 227, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB.*

HISTÓRICO: *o comunicante informa que no dia 11 de fevereiro do ano de 2019, estava na Av Carlos Pessoa, centro de Umbuzeiro, conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, PLACA OYY4633/PB, ANO FAB/MOD 2014, CHASSI 9C2KC1650ER019071, LICENCIADA EM NOME DE MALDECY ALVES DA SILVA, quando parou muito próximo de uma calçada, se desequilibrou e caiu ao chão; QUE ao se levantar, já percebeu que machucado o joelho, mais tarde confirmando ter quebrado a patela; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro e levado para o Hospital de Traumas de Campina Grande, no mesmo dia, onde ficou internado por cerca de dois dias, depois foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde foi realizada cirurgia em seu joelho; QUE, no momento do acidente, o comunicante estava sozinho na moto acima, sendo apenas o mesmo que sofreu lesão física; QUE a referida motocicleta é emprestada de um amigo do comunicante; QUE registra o fato para dar entrada no Seguro DPVAT.*

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E REQUISIÇÃO DE CORPO DELITO.

AUTORIDADE — *AMANDA ALBUQUERQUE G. DE MOURA OLIVEIRA*

COMUNICANTE/VÍTIMA — *ALUISIO PEREIRA DE SOUZA*

ESCRIVÃO (AD HOC) — *ADRIANO DE ARRUDA SILVA*

RECEBIDO
6 JUN 2019
Seguradora Líder DPVAT

SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL
2ª Superintendência Regional de Polícia
Delegacias da Comarca de Umbuzeiro

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
COPIA AUTENTICA conforme o original apresentado. DOU FE. Orobo, 03/05/2019. Flavia Cisele de Resquita Soares-Escrevente Ro
Cartorio: R$ 3,07 - TSNR: R$ 0,68 - FERC: R$ 0,34 - FERM: R$ 0,03 - FUNSEG: R$ 0,07 - Total: R$ 4,19
Selo(s)0077602.UVN04201901.01484
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

BOLETIM DE *OCORRÊNCIA Nº 13/2019*

Versando sobre ACIDENTE DE MOTO

Hora e data do fato: Às 18:30, do dia 11 de fevereiro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:43, do dia 13 de maio de 2019.

Boletim de ocorrencia

Local do Ocorrido: AV CARLOS PESSOA, CENTRO, UMBUZEIRO/PB

COMUNICANTE/VÍTIMA: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA*, do sexo masculino, nascido no dia [illegible] com 54 anos de idade, ID: 2866062SSP/PE, CPF: 430772344-91, CAMINHONEIRO, filho de JOSE PEREIRA DE SOUZA e de ALAIDE FILGUEIRA DE L. ALBUQUERQUE, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de OROBÓ/PE, residente na AV CARLOS PESSOA, 163, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB, celular Nº 83/9.8128-3533*

TESTEMUNHAS: 1)JEMERSON MATHEUS BARBOSA *ALVES, residente na RUA SAMUEL OZORIO, 90, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB. 2)****JOAO ALISSON DE ANDRADE*** *MAIA, residente na RUA CARLOS PESSOA, 227, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB.*

HISTÓRICO: *o comunicante informa que no dia 11 de fevereiro do ano de 2019, estava na Av Carlos Pessoa, centro de Umbuzeiro, conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, PLACA OYY4633/PB, ANO FAB/MOD 2014, CHASSI 9C2KC1650ER019071, LICENCIADA EM NOME DE MALDECY ALVES DA SILVA, quando parou muito próximo de uma calçada, se desequilibrou e caiu ao chão; QUE ao se levantar, já percebeu que machucado o joelho, mais tarde confirmando ter quebrado a patela; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro e levado para o Hospital de Traumas de Campina Grande, no mesmo dia, onde ficou internado por cerca de dois dias, depois foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde foi realizada cirurgia em seu joelho; QUE, no momento do acidente, o comunicante estava sozinho na moto acima, sendo apenas o mesmo que sofreu lesão física; QUE a referida motocicleta é emprestada de um amigo do comunicante; QUE registra o fato para dar entrada no Seguro DPVAT.*

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E REQUISIÇÃO DE CORPO DELITO.

AUTORIDADE — *AMANDA ALBUQUERQUE G. DE MOURA OLIVEIRA*

COMUNICANTE/VÍTIMA — *ALUISIO PEREIRA DE SOUZA*

ESCRIVÃO (AD HOC) — *ADRIANO DE ARRUDA SILVA*

RECEBIDO
6 JUN 2019
Seguradora Líder DPVAT

SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL
2ª Superintendência Regional de Polícia
Delegacias da Comarca de Umbuzeiro

GOVERNO DA PARAÍBA

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel de Andrade, 20 - Maravilha - Orobó PE CEP 55745-000
Fone: (81) 3626-1180 - Email: delegacia@orobo@gmail.com
COPIA AUTENTICA conforme o original apresentado. DOU FE Orobo,03/07/2019. de Mesquita Soares-Escrevente Flavia Gisele Cartorio: R$ 3,07 - TSNR: R$ 0,68 - FERC: R$ 0,34 - FERM: R$ 0,03 - FUNSEG: R$ 0,07 - Total: R$ 4,19 Selo(s)0077602.YW106201901.001E3

Boletim de ocorrencia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 13/2019

Versando sobre ACIDENTE DE MOTO

Hora e data do fato: Às 18:30, do dia 11 de fevereiro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:43, do dia 13 de maio de 2019.

Local do Ocorrido: AV CARLOS PESSOA, CENTRO, UMBUZEIRO/PB

IP

***COMUNICANTE/VÍTIMA: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA**, do sexo masculino, nascido no dia 26/01/1965, com 54 anos de idade, ID: 2866062SSP/PE, CPF: 430772344-91, CAMINHONEIRO, filho de JOSE PEREIRA DE SOUZA e de ALAIDE FILGUEIRA DE L. ALBUQUERQUE, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de OROBÓ/PE, residente na AV CARLOS PESSOA, 163, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB, celular Nº 83/9.8128-3533*

RECEBIDO
19 AGO 2019

***TESTEMUNHAS: 1)JEMERSON MATHEUS BARBOSA** ALVES, residente na RUA SAMUEL CORDEIRO, 90, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB. 2)**JOÃO ALISSON DE ANDRADE** MAIA, residente na RUA CARLOS PESSOA, 227, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB.*

***HISTÓRICO:** o comunicante informa que no dia 11 de fevereiro do ano de 2019, estava na Av Carlos Pessoa, centro de Umbuzeiro, conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, PLACA OYY4633/PB, ANO FAB/MOD 2014, CHASSI 9C2KC1650ER019071, LICENCIADA EM NOME DE MALDECY ALVES DA SILVA, quando parou muito próximo de uma calçada, se desequilibrou e caiu ao chão; QUE ao se levantar, já percebeu que machucado o joelho, mais tarde confirmando ter quebrado a patela; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro e levado para o Hospital de Traumas de Campina Grande, no mesmo dia, onde ficou internado por cerca de dois dias, depois foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde foi realizada cirurgia em seu joelho; QUE, no momento do acidente, o comunicante estava sozinho na moto acima, sendo apenas o mesmo que sofreu lesão física; QUE a referida motocicleta é emprestada de um amigo do comunicante; QUE registra o fato para dar entrada no Seguro DPAVAT.*

***PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:** REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E REQUISIÇÃO DE CORPO DELITO.*

Amanda A. C. de Moura Oliveira
Delegada de Polícia Civil
Mat. 156102-7

AUTORIDADE — *AMANDA ALBUQUERQUE C. DE MOURA OLIVEIRA*

COMUNICANTE/VÍTIMA — *ALUISIO PEREIRA DE SOUZA*

ESCRIVÃO (AD HOC) — *ADRIANO DE ARRUDA SILVA*

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de inexistência de IPVA

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Comp. Reg. de Acidentes Declarados

SAMU
192

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA** , 54 anos foi vítima de um acidente motociclístico (Queda de moto) , no dia 11 de fevereiro de 2019 em via pública, na Avenida Carlos Pessoa (Prox. Neguinho da galinha), onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico(USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, Glasgow 15, com provável fratura fechada na patela direita, sem demais queixas ou gravidade, foi avaliado, feito captopril 25mg pois PA: 180x80 mm/hg. Transferido para o Hospital de Trauma, sem intercorrências.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 09 de maio de 2019.

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva
COREN-PB 510.133-ENF

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva
COORDENADOR DO SAMU

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB
End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB
Fone: (83) 3395-1194
e-mail:saude.umbuzeiro@hotmail.com

Comprovação de ato declaratório

SAMU
192

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA** , 54 anos foi vítima de um acidente motociclístico (Queda de moto) , no dia 11 de fevereiro de 2019 em via pública, na Avenida Carlos Pessoa (Prox. Neguinho da galinha), onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico(USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, Glasgow 15, com provável fratura fechada na patela direita, sem demais queixas ou gravidade, foi avaliado, feito captopril 25mg pois PA: 180x80 mm/hg. Transferido para o Hospital de Trauma, sem intercorrências.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 09 de maio de 2019.

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva
COREN-PB 518.133-ENF

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva
COORDENADOR DO SAMU

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB
End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB
Fone: (83) 3395-1194
e-mail:saude.umbuzeiro@hotmail.com

Declaracao de Inexistencia de IML

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 43077234491	Nome completo da vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA — CPF: 43077234491

Profissão: CAMINHONEIRO — Endereço: RUA Dr. CARLOS PESSOA — Número: 223 — Complemento: CASA

Bairro: CENTRO — Cidade: UMBUZEIRO — Estado: PB — CEP: 58497 000

E-mail: [illegible] — Tel.(DDD): (81) 99696 4979

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1346 (3) (Informar o dígito se existir) CONTA: 5436 (4) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ ( ) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Ouricuri, PE, 03 de junho de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aluísio Pereira de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01346-3

CONTA: 000010005436-6

Nr. da Autenticação 760816DE3D191D7D

Comprovante de residencia

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felizberto Silva, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 220516680
REFERÊNCIA: MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

ALUSIO PEREIRA DE SOUZA
RUA DR CARLOS PESSOA, 223 - CENTRO UMBUZEIRO PB
58497-000

Inscrição	SUB	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Pública)	Responsável
050.001.250.0132.000	000	1 / 0 / 0 / 0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A07A147908	10/08/2017	EXTERLACRADO	CORTADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
294	312	18	31	28/04/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT.1 QUALID. AGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS	CONFORMES
FEV/2019	15				
JAN/2019	15	URBIDEZ	10	10	10
DEZ/2018	16	CLORO	10	10	10
NOV/2018	16	COL.TERMOT	0	0	0
OUT/2018	18	COR	10	10	10
SET/2018	16	COL.TOTAIS	10	10	10
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: JAN/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 12:52:19

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R$ 4,89 POR M3	8 M3	39,12
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R$ 7,13 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 03/04/2019

Total a Pagar: R$ 77,03

CAGEPA

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUÁRIO: EM 28/02/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO COMPARÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, DIGITAR ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
72806680
REFERÊNCIA
MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

ALISSO PEREIRA DE SOUZA
RUA DR CARLOS PESSOA, 223 - CENTRO UMBUZEIRO PB
58497-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias: Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Responsável
050.001.250.0112.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A02A147988	10/08/2017	FOSTA A CR	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
294	312	18	31	28/04/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORME
FEV/2019	15	TURBIDEZ	10	10	10
JAN/2019	15	CLORO	10	10	10
DEZ/2018	16	COLIFORMES	0	0	0
NOV/2018	16	COR	10	10	10
OUT/2018	18	COL.TOTAIS	10	10	10
SET/2018	16				
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: JAN/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 12:52:19

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R$ 4,89 POR M3	8 M3	39,12
ESGOTO		

Comprovante de residencia

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R$ 7,13 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/04/2019

Total a Pagar: R$ 77,03

CAGEPA

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUARIO: EM 28/02/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, MALDECY ALVES DA SILVA,

RG nº 1991211, data de expedição ___/___/___,

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 34103767472,

com domicílio na cidade de UMBUZEIRO, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SAMUEL OZÓRIO, nº 90,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ALVÍSIO PEREIRA DE SOUZA, cujo o condutor era ALVÍSIO PEREIRA DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG150TITAN Ano: 2014

Placa: OYY 4633 Chassi: 9C2KC1650ER019071

Data do Acidente: 11/02/2019

Declaracao do proprietario do veiculo

Local e Data: _____

Maldecy Alves da Silva

Assinatura do Declarante

_____

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a firma de Maldecy Alves da Silva
por autenticidade
Em testemunho o sinal da verdade
Umbuzeiro-PB, 11/05/2019

Tabelião Interino
Selo Digital ACY 64866-WRYT
Consulte em: www.selodigital.tjpb.jus.br

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, MALDECY ALVES DA SILVA,

RG nº 1991211, data de expedição ___/___/___,

Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 34103767472,

com domicílio na cidade de UMBUZEIRO, no Estado de PARAÍBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SAMUEL OZORIO, nº 90,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA, cujo o condutor era ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITAN Ano: 2014

Placa: OYY4633 Chassi: 9C2KC1650ER019071

Data do Acidente: 11/02/2019

Declaracao do proprietario do veiculo

Local e Data: _____

Maldecy Alves da Silva
Assinatura do Declarante

_____
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a firma de Maldecy Alves da Silva por Autenticidade
Em testemunho o sinal ___ da verdade
Umbuzeiro-PB, 31/05/2019
Tabelião Interino
Selo Digital ACY69851-P3B2
Consulte em: www.selodigital.tjpb.jus.br

Documentação medica - hospitalar

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALUISIO PEREIRA DE SOUZA CPF 430.772.344-91 e RG Nº 2866062 SSP/PE , foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/02/2019 sofrendo FRATURA DA PATELA DIREITA , submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com cerclagem no dia 13/06/2019) .Atualmente apresenta queixa de dor , edema e crepitação no joelho direito (osteoartrose pós traumática) , atrofia muscular da coxa direita com déficit de força muscular do MID , limitação da flexão do joelho direito (+/- 95 graus) . Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 28/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/TEOT : 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Silvio Pereira

IDADE:

ALA: X-dos Nevos

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 13 /02 /19

MANHÃ

TARDE

NOITE

paciente evolui quadro Clinico em 1º POI de fratura de patela. apresenta Conduta Consciente Orientado verbaliza chorese (+) aceita dieta por VO Segue Sem Queixas Aos Cuidados da enfermagem

Joseane Souza
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 167.964

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	

Antonio Jorge Pinto Neto
CRM-PB 5250
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

A cardiologia
Pré cirúrgico em aberto
31/02/18 [illegible]

Dr. Fábio Sá de Farias
Cardiologia Intervencionista
CRM-PB 6[illegible]

Antonio Jorge Pinto Neto
CRM-PB 5250
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

12/02/18 [illegible]

HOSPITAL
ANTONIO PARCINO

PACIENTE:
Nº DO PRONTUÁRIO: Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR:
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: ELETROCIRURGICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL DO ASPECTO - VISCERAS

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 13/02/2019
HORA: 09:40:50

2329979

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
948233	ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	26/01/1965	54	M			1-CATOLICA

Estado Civil: -
CPF: 430.772.344-91
RG: 2866062 SSP PE
Grau de instrução:
Profissão:

Filiação
Mãe: ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE
Pai: JOSE PEREIRA DE SOUZA
Fone Residencial:
Fone Trabalho:

Endereço
R.CARLOS PESSOA,S/N - CENTRO, UMBUZEIRO-PB CEP:
Complemento Endereço:

Atendimento	Data	Hora	Setor
2329979	13/02/2019	10:02	3006-SECRETARIA CONVENIOS

Tipo Atendimento: 5-INTERNACAO CIRURGICA
Médico Atendente: 113093-AMARO JORGE PINTO NETO
Motivo Atendimento: 4-INTERNACAO/URGENCIA
Plano / Convênio: 37-PACOTE/1-PACOTE ENFERMARIA
Nº Carteira:
Validade:
Nº CNS:

Posto: ALA MARIA DAS NEVES 1 ANDAR
Acomodação: 201024 APARTAMENTO 90
Leito: AP90-2
Guia:
Procedimento:

948233

Exa

RX DE CONTROLE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.
Obrigo-me assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

Mª do Amparo F. de S. Aguiar
Assinatura

CAMPINA GRANDE, 13 de 02 de 2019

Responsável: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Endereço: R CARLOS PESSOA, S/N Bairro CENTRO, UMBUZEIRO-PB
Telefone: 3 6128-3533

CAMPINA GRANDE, 13 de fevereiro de 2019

RANIERY ALVES DA SILVA
Responsável pelo Atendimento

Mª do Amparo F. de S. Aguiar
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA 049060

PACIENTE: Aluisio Pereira de Souza 54 anos umbuzeiro

CONVÊNIO: pacote SUS ☐ PRONTUÁRIO: 948233/2329949 DATA: 13/02/19

CIRURGIA: tratamento cirúrgico de fratura de patela

CIRURGIÃO: Amaro Jorge

AUXILIAR: AUXILIAR:

CIRCULANTE: Odinia ANESTESISTA: Romardo

SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 15 : 15 FINAL

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	03
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
255799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
14650	CEFALOTINA 1g	02
132759	CEFAZOLINA 1g	
1757	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
12190	EFEDRINA	01
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4266	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5898	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2082	METOCLOPRAMIDA	
27859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70161	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIN	
25619	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403702	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01

CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALPENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
5028	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69939	DORMONID COMP.	
40850	FENOBARBITAL	
8868	HIDANTAL	
9962	XETALAR	
69820	PETIDINA	
79210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	

CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
120293	CISATRACURIO	
8091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	MILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
87448	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
284580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	01
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
	AGULHA DESCARTÁVEL Nº 40x12	04
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	08
	ATADURA CREPON Nº 20cm	06
	ATADURA GESSADA	05
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	06 pt
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUCÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO 100cm	
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5 20 pt	
	GAZES	
3425	GELFOAM	
60917	GILETE	01
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 24	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	03
3689	SERINGA DE 10cc	05
3697	SERINGA DE 20cc	06
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	01
	FITA CARDÍACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº 2.0	03
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	01

CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	
304000	CLOREXIDINA alcoólica	
2631	ÉTER	
3603	DEGERMANTE iodado	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	X
	NITROGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2l	X
	OXÍMETRO DE PULSON	X
	VÁCUO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	02
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	01
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9189	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	02
134489	VOLUMEN 6%	

CÓD.	OUTROS	QUANT.
01	turclagem	01
fio de Kahme 2.0		03

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Dr. Luciano Holanda CRM-PB 2942

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesista
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA APTO:

CONVÊNIO: PACUTE IDADE: 54 SEXO: [X] M [ ] F

NÚMERO DA CARTEIRA:

INÍCIO: 15:15

GUIA DE INTERNAÇÃO:

TÉRMINO:

SENHA:

HORÁRIO ESPECIAL: [ ] SIM [ ] NÃO

DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965

CIRURGIA

[X] ELETIVA [ ] URGÊNCIA

[ ] AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): I [ ] II [ ] III [X] IV [ ] V

DATA: 13/07/19

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA PATELAR

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Dr. AMARIO

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares):

Equipe Anestesiológica: ALONSO / MARCIO

Instrumentador(a):

Procedimentos Realizados: Raquianestesia, em posição sentada, punção lombar mediana. 2,2 ml de bupi hiperbárica 25G c/retorno de líquor claro

Códigos

Horário ⟹

AGENTES																		
	OXIGÊNIO	X	X	X	X	X												
	N_2O / AR																	
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICA																	
	SOL. DE RINGER																	
	CONC. HEMÁCIAS																	
MONITORES	ECG	NS	NS	NS	NS													
	SpO_2	100	100	100	100													
	$EtCO_2$																	
	DIURESE																	

DROGAS E ... ⟹

LOCAL:

Pulso ●

PA V ^ 100

PA T 100

TEM ▲

AGENTES	QTDE.
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobárica	
Bupivacaina Hiperbárica	15 mg
Bupivacaina % /adr	0
Cipro	
Clexane	
Decatron	10 mg
Dipirona	2g
~~Diprivan~~ Nourodrin	4mg
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	2,5 mg
Efedrina	
Esmeron	
Fentanil	75 mg
Flagyl	
~~Fortelo~~ Tramal	40 mg
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Kefazol	2g
Keflin	
Ketalar	
Lasix	
Liquemine	
Methergin	
Morfina mg	
Narcan	
Naporta	
Nimbium	
Nipride	
Noradrenalina	
Norcuron	
Ocitocina	
Pavulon	
Plasil	
Profenid	
Prostigmine	
Quelicin	
Raptan	
Rovivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tilatil	
Tracrium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaina	
Xylonaina Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	
Água Destilada 250ml	

Horário →

AGENTES	OXIGÊNIO	X	X	X	X	X
	N_2O / AR					
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICO					
	SOL. DE RINGER					
	CONC. HEMÁCIAS					
MONITORES	ECG	RS	RS	RS	RS	
	SpO_2	100	100	100	100	
	$EtCO_2$					
	DIURESE					
TORNIQUETE Temp →						
LOCAL						

Pulso ●
PA V / A
PA T
TEM ▲
PVC △
Início Anest. X
Início Cirur. ○
Término Cirur. ⊗

180 / 150 / 120 / 90 / 60 / 30

RESP | ESP | ASB | CONT.

INTERCORRÊNCIA: Gomo x 15:40

TÉCNICA ANESTÉSICA

INDUÇÃO — INTUBAÇÃO TUBO Nº ____
- ☐ Inalatória
- ☐ Venosa

MANUTENÇÃO
- ☐ Inalatória
- ☐ Venosa
- ☐ Sob Máscara
- ☐ Máscara Laríngea

- ☐ Oral
- ☐ Nasal
- ☐ C/Balão
- ☐ S/Balão
- ☐ Armado
- ☐ Duplo Lúmen
- ☐ Traqueostomia

☒ ANESTESIA REGIONAL
- ☐ Peridural
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Epidural Sacra
- ☐ N. Periférico
- ☐ Simples
- ☐ Contínua

Cateter nº ____

☒ ANESTESIA REGIONAL
- ☐ P Braq/Cervical
- ☐ Supraclavicular
- ☐ Interescalênico
- ☐ Axilar
- ☐ Venosa Regional
- ☐ Infiltração
- ☐ Sedação

PUNÇÃO
- ☒ Mediana ☐ Paramediana
- ☐ Sentada
- ☐ DL ☐ D ☐ E

LOCAL: L3 L4
CALIBRE: 25G
TIPO: ____

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
- ☐ Aspirador
- ☐ ECG
- ☐ Oxímetro
- ☐ VNI
- ☐ Bomba de Infusão
- ☐ Ventilação Mecânica
- ☐ Bateria
- ☐ Bis
- ☐ Palmaseva
- ☐ Capnógrafo

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Difícil acesso venoso: ☐ SIM ☐ NÃO
Difícil Entubação: ☐ SIM ☐ NÃO
Difícil Acesso Agulhas Raqui ou Peridural: ☐ SIM ☐ NÃO

ENCAMINHADO PARA: ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Sondaleito ☐ Isolamento ☐ Apartado O₂ NA SRPA: SIM ____ L/min

TOT: ☐ SIM ☐ NÃO DESTINO: ☐ APT ☐ ALTA HOSPITALAR Alta do SRPA: ____ Hora: ____

Assinatura e Carimbo

Nipride	
Nimbium	
Niprio	
Noradrenalina	
Norcuron	
Ocitocina	
Pavulon	
Plasil	
Profenid	
Prostigmine	
Quetiqin	
Raptén	
Revivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tilatil	
Tracrium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaine	
Xylonaine Hiperbárica	
Xylocaine Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	
S. Fisiológico	
S. Glicosado	
S. de Ringer	
C. Hemácia	
Plasma	
Oxigênio (L/MIN)	
N_2O (L/MIN)	
Ar Medicinal (L/MIN)	
Co_2 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Agulha Peridural 17 ou 18g	
Agulha Raqui Ponta de Lápis	
Agulha Stimuplex a50, a100	
Cat Sodade pigr	
Cateter Epidural 16e 18g	
Cateter Nasal tipo Óculos	
Cateter Venoso	
Eletrodo ECG	
Equipo de Soro	
Equipo Perfusor SET	
Filtro Higrobakc	
Guedel	
Manta Térmica	
Equipo bomba de infusão N	
Equipo bomba de infusão FS	
Máscara Laríngea	
Tubo Armado ____	
Sistema Respiratório Limbo	
Eletrodo de Bis	

Sr(a): ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Idade: 54 anos
OS: 011-65057-266
Data O.S.: 13/02/2019 - 11:55
Dr(a): AMARO JORGE PINTO NETO
Convênio: PACOTE HAT
Emissão: 13/02/2019 - 12:22

Local: MARIA DAS NEVES

PROSANGUE Diagnóstico

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

			Valores de referência			
			Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,10	milhões/mm³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	10,2	g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	31,0	%	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	100,0	µ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	32,9	pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9	g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	12,0	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: Macrocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

					Valores de referência		
					Adultos	Crianças	
Leucócitos:		5.490	/mm³	100	3.600 a 11.000	100	4.000 a 14.000
Bastonetes:	0 %	0	/mm³	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	51 %	2.800	/mm³	40-70	1.480 a 7.700	30-64	1.200 a 9.600
Eosinófilos:	1 %	55	/mm³	0-7	0 a 550	0-5	0 a 550
Basófilos:	0 %	0	/mm³	0-2	0 a 220	0-2	0 a 300
Linfócitos:	42 %	2.306	/mm³	20-50	740 a 5.500	28-70	1.320 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0	/mm³	0	0	0	0
Monócitos:	6 %	329	/mm³	3-14	37 a 1.220	3-14	40 a 1.110

Série branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETOGRAMA

			Valores de referência
Contagem de Plaquetas:	168.000	/mm³	140.000 a 450.000 /mm3
VMP:	11,10	fL	

Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Material: Sangue total com EDTA
Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

Coleta: 13/02/2019 Liberação: 13/02/2019 - 12:22

Assinado eletronicamente por: Drs. Talita Nunes Cardoso - CRF-PB 4096
ASSINATURA DIGITAL
5045617191739C9056656D61FA4912D90D242C2E09FD27949F63701E1156A45E171A6B1164714BA7

Data da internação: 11/02/2019 Hora: 22:14:13

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1831792
7 - CARTÃO DO SUS: 898003499781346
8 - DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 86714011
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV CARLOS PESSOA , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Umbuzeiro
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 251700
15 - UF: PB
16 - CEP: 58497000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:

Não avaliado

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016278218009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/02/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Dr. João Paulo
MEDICINA DO TRABALHO
ANESTESIOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:

End: Bairro:

Data de Nascimento: Documento de Identificação:

Queixa: Data do Atend.: Hora: Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

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. 119

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional

[redacted]

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONTO (B.E) Nº:1831749 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

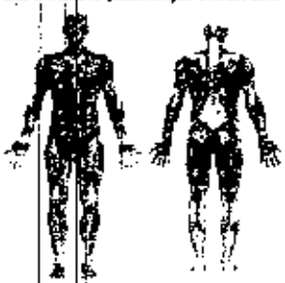
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ:08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/02/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Endereço:AV CARLOS PESSOA	CEP:58497000	Nascimento:26/01/1965
Cidade: Umbuzeiro	Sexo:M	Telefone: 86214011
Nome da Mãe: ALAIDE FELGUEIRA DE ALBUQUERQUE	Idade:054	Bairro:CENTRO
Responsável:	RG: 2866062	Nº:0
Estado Civil:Casado(a)	CPF: 43097234491	Profissão:AGRICULTOR
Motivo: ACIDENTE DE MOTO	Data de Atend:11/02/2019	CNS:898003499781346
Médico:	Hora: 21:02:21	CONVÊNIO:SUS
OBS FICHA:	CRM:	Especialidade:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Queimadura
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento coleção paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Obstrução
30. Parafisa
31. Parada
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Hemorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO CID: Acidente de Moto

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS ÚNICOS

Paciente vítima de trauma de moto há cerca de 2horas e 15 minutos, a moto recebeu pancada lateralmente sobre a perna esquerda, pelo direito, evoluindo com dor, limitação funcional de membro e tórax, com histórico de batidas de cabeça no local do acidente.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow ____ PA ____ HGT: ____ SatO2 ____

A: Dentes, cervical sem dor ou crepitação
B: MV em AHT sem ruídos adventícios, respirando em ambiente
C: RCR em 2T bulhas normofonéticas, sem sopros
D: Glasgow 15 - 15TE
E: Edema importante em joelho direito.

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: ____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias: ____
( )Tomografia Computadorizada ( ) ____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / ____ às ____:____ Dia ____/____/____
Especialista: ____ / ____ às ____:____ Dia ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 2g, EV, agora	21/22
2		
3	Alta da cirurgia geral com cuidados	21:20 - 11/02/19
4	de ortopedia.	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Luiz Carlos Sales
MÉDICO
CRM 9263

http://10.1.1.14/projetohtcg/impreurgencia.php?cnum=1831749 1/2

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: Alvaro Pereira de Souza					
IDADE: 54	SEXO: M [X] F [ ]	DATA DE NASCIMENTO: / /		às : h	
SETOR: Amarelo		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx patela D					
ALERGIAS:	SIM [ ] NÃO [X]	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM [ ] NÃO [X]	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM [ ] NÃO [X]	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM [ ] NÃO [X]	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [ ]	NORMOPOTENSO [ ]	HIPERTENSO [ ]		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [X]	INCONSCIENTE [ ]	ORIENTADO [X]		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO [ ]	TAQUIPÊNICO [ ]	EUPNÉICO [X]	BRADIPNÉICO [ ]	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL [X]	POLÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [ ]	
	DUSÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA [ ]	DEÂMBULA C/ APOIO [X]	ACAMADO [ ]	S/ DEFICITE MOTOR [ ]	
	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIAPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO PEITO [ ]	
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO [X]	SNG [ ]	SNE [ ]		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X]	DESNUTRIDO [ ]	OBESO [ ]	CAQUÉTICO [ ]	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

[X] RISCO DE QUEDA	CD/FR: prótese biarticular MMII
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: pós-op. imediato
[X] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: ambiente refrigerado
[ ] 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:
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
[X] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: Fx MS
[X] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO [ ] ALIMENTAR-SE [X] 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

Hospital de Emergência e Trauma
C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Isabelle de Costa
Coren 421.076 Enfermeira

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	06	
[ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
[ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[ ] INSTALAR CATÉTER DE 02 A 0L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
[ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
[ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
[ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	M	
[X] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	[illegible]	
[ ] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALVISIO PEREIRA DE SOUZA IDADE: 54a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/02/09

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(✓) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Síncopse

( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena

( ) Média ( ) Ortopnéia

( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração

( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica

Relacionada: ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros

( ) Diabetes Mellitus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana

( ) Arritimias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: Dorzolamida (✓) Tabagismo ex

( ) Etilismo ( ) Sedentarismo

( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico Nega ( ) Outros

Medicamentos em uso (✓) Não ( ) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom (✓) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ECRiau RT ofs s/s

F.C.: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV (+)

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: ES ADR

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(✓) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)

( ) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)

( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)

( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.:

Dr. Guilherme Veras Moscena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369

onto 2

GOVERNO DA PARAÍBA

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):	ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Protocolo:	0000450724	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES	Data:	12-02-2019 12:24	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	54 anos	Destino:	AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 12/02/2019 12:22]

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	3.13 milhões/mm³		4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	10,9 g/dL		13,5 a 17,0 g/dL
Hematócrito	33,0 %		40,5 a 52,5
V.C.M.	105 fL		82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	35 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	4.500 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	90	
Segmentados	55,0	2.475	40 a 75 % - 1.800 a 5.500 /mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 a 6,0 % - até 500 /mm³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm³
Linfócitos			
Típicos	40,0	1.800	20 a 45 % - 1.000 a 3.000 /mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	135	2,0 a 12 % - até 1.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	160.000 mm³		150.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Marcelo Augusto Feitosa Oliveira
CRBM 7961

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1641-FC2B-6309-67B7-B37A-0260-7A8B-1ED2

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: Celuzio Ferreira					
IDADE: 54	SEXO: M [X] F [ ]	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h			
SETOR: ortopedia		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ortopedia					
ALERGIAS:	SIM [ ]	NÃO [X]	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM [ ]	NÃO [X]	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM [ ]	NÃO [X]	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM [ ]	NÃO [X]	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [ ]	NORMOPOTENSO [ ]	HIPERTENSO [ ]		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [X]	INCONSCIENTE [ ]	ORIENTADO [X]		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO [ ]	TAQUIPÊNICO [ ]	EUPNÉICO [X]	BRADIPNÉICO [ ]	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL [X]	POLÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [ ]	
	DUSÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA [ ]	DEÂMBULA C/ APOIO [X]	ACAMADO [ ]	S/ DEFICITE MOTOR [ ]	
	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIAPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO PEITO [ ]	
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO [X]	SNG [ ]	SNE [ ]		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X]	DESNUTRIDO [ ]	OBESO [ ]	CAQUÉTICO [ ]	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

[ ] RISCO DE QUEDA	CD/FR:
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
[X] RISCO DE INFECÇÃO AVP em MSE	CD/FR: procedimento invasivo
[ ] 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:
[ ] 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:
Kaline Portes dos S. Lima COREN-PB 528.295 - ENF	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	FR: FATOR RELACIONADO

[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08 20	
[ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
[ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[ ] INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
[ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
[ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
[ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	Sempre	
[X] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	contínuo	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Paciente	[illegible]	Alojamento	Ex	Leito	1	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	[illegible]	SNG						
	[illegible]							[illegible]
	[illegible]							
	[illegible]							

Data da Internação: 11/02/2019 Hora: 22:14:13

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1831792
7 - CARTÃO DO SUS: 898003499781346
8 - DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 86714011
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV CARLOS PESSOA , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Umbuzeiro
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 251700
15 - UF: PB
16 - CEP: 58497000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: [illegible]
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016278218009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/02/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. JOÃO PAULO MEDICINA DO TRABALHO E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 9551

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Documentacao medico - hospitalar

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALUISIO PEREIRA DE SOUZA , CPF 430.772.344-91 e RG N° 2866062 SSP/PE , foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/02/2019 sofrendo FRATURA DA PATELA DIREITA , submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com cerclagem no dia 13/06/2019) .Atualmente apresenta queixa de dor , edema e crepitação no joelho direito (osteoartrose pós traumática) , atrofia muscular da coxa direita com déficit de força muscular do MID , limitação da flexão do joelho direito (+/- 95 graus) . Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 28/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/TEOT : 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Data da internação: 11/02/2019 Hora: 22:14:13

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1831792
7 - CARTÃO DO SUS: 898003499781346
8 - DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 86714011
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV CARLOS PESSOA , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Umbuzeiro
14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 251700
15 - UF: PB
16 - CEP: 58497000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016278218009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/02/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. João Paulo Oliveira Nunes — Medicina do Trabalho — Medicina de Urgência e Traumatologia — CRM-PB 9551

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

[redacted]

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO INSERIDO

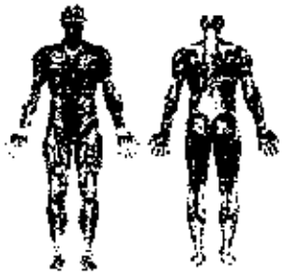
PRONT (B.E) Nº:1831749 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.[illegible]/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58032-809 Data: 11/02/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Endereço:AV CARLOS PESSOA
Cidade: Umbuzeiro
Nome da Mãe: ALAIDE VALGUEIRA DE ALBUQUERQUE
Responsável:
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58497000 Nascimento:26/01/1965
Sexo:M Telefone: 86714011
Idade:054 Bairro:CENTRO
RG: 2865062 Nº:0
CPF: 03077734491 Profissão:AGRICULTOR
Data de Atend:11/02/2019 CNS:898003499781346
Hora: 21:02:21 CONVÊNIO:SUS
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Queimadura
30. Perfuração
31. Parada
32. Paraestesia
33. Queimadura
34. Hemorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau: ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Acidente de Moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS
Paciente relata ter sido de moto há cerca de 2hora e 15 minutos, o mesmo relata perda, teve ferimento sobre o pé direito, arquivado pelo direito, e foi com fratura exposta, e foi com histórico de trauma de perda no local do acidente

ALERGIA: Nega
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: Nega
EXAME FÍSICO
PUPILAS: (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas 4.4 ____
Glasgow ____ PA ____ HGT: ____ SAT02 ____
A: Vias aéreas sem dor ou lesões
B: MV+ sem RA+ sem ruídos adventícios, respirando em ambiente
C: FC 110 bulhas normofonéticas, sem sopros
D: Glasgow 15 COTE
E: Edema importante em pé direito.

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: ____
( )Gasometria arterial (x)Radiografias: ____
( )Tomografia Computadorizada ( ) ____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: ortopedia / ____ às ____:____ Dia ____/____/____
Especialista: ____ / ____ às ____:____ Dia ____/____/____
MÉDICO SOLICITANTE ____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 2g, EV, agora	21:22
2		
3	Alta do urgente geral aos cuidados	21:20 - 11/02/19
4	do ortopedista.	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Luiz Carlos Sales
MÉDICO
CRM 9263

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALVÍSIO PEREIRA DE SOUZA IDADE: 54a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/02/19

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(✓) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Síncopse
( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena
( ) Média ( ) Ortopnéia
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica
Relacionada: ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros
( ) Diabetes Mellitus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana
( ) Arritimias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: Dexamethasone (✓) Tabagismo ex
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico Nega ( ) Outros

Medicamentos em uso (✓) Não ( ) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom (✓) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ECR em RT ritmo s/s

FC.: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV (+)

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: RS ADR

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(✓) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.:

Dr. Guilherme Veras Moscena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Alusio Pereira | IDADE:

ALA: 1º dos Novos | LEITO: | MÉDICO:

DATA: 13 /02 /19

MANHÃ

TARDE

NOITE paciente evolui quadro Clinico em 1º POI de fratura de patela mantem Conduta Consciente Orientado verbaliza queixa se ⊕ aceita dieta por vo segue sem queixas aos Cuidados de enfermagem

Josecite Souza
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 162004

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA: LEITO: CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Cardiologia

Dr. Fábio S. de Farias
Cardiologista Intervencionista
CRM PB 6813

31/02/19 [illegible]

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

12/02/19 [illegible]

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PACIENTE:
Nº DO PRONTUÁRIO: Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR:
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO DO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - ELETROCAUTERIZAÇÃO - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL ENVIADO - ASPECTO - VISCERAS

Jorge Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

RT Responsável Técnico
Dr. Luciano Holanda
CRM/PB 2946

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesista
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA APTO:

CONVÊNIO: PACOTE IDADE: 54 SEXO: [X] M [ ] F

NÚMERO DA CARTEIRA:

INÍCIO: 15:15

GUIA DE INTERNAÇÃO:

TERMINO:

HORÁRIO ESPECIAL [ ] SIM [ ] NÃO

SENHA:

DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965

CIRURGIA

[X] ELETIVA [ ] URGÊNCIA

[ ] AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): I | II | (III) | IV | V

DATA: 13/02/19

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA PATELAR

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Dr. AMARIO

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares):

Equipe Anestesiológica: DR. LOURENÇO / MARCIO

Instrumentador(a):

Procedimentos Realizados: Raquianestesia, antissepsia e assepsia. Punção lombar mediana. L2-L3 espaço. Bupi pesada 25G c/retorno de líquor claro

Códigos

Horário

AGENTES																		
	OXIGÊNIO	X	X	X	X	X												
	N_2O/AR																	
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICA																	
	SOL. DE RINGER																	
	COMP. SANGUÍNEO																	
MONITORES	ECG	NS	NS	NS	NS													
	SpO_2	FC65	100	100	100													
	$EtCO_2$																	
	DIURESE																	

TORNIQUETE: Tempo
LOCAL:

Pulso ●
PA V Λ 100
PA T 150
TGM ▲

AGENTES	QTDE.
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobárica	
Bupivacaina Hiperbárica	15mg
Bupivacaina % Jadr	0
Cipro	
Cloxapa	
Decafron	10mg
Diprona	2g
~~Diprivan~~ Nourodrin	4mg
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	2,5mg
Efedrina	
Esmeron	
Fentanil	75mg
Flagyl	
~~Forene~~ Tiadol	40mg
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Kefazol	2g
Keflin	
Ketalar	
Lasix	
Liquemine	
Methergin	
Morfina mg	
Narcan	
Naporin	
Nimbium	
Nipride	
Noradrenalina	
Norcuron	
Ocitocina	
Pavulon	
Plasil	
Profenid	
Prostigmine	
Quelicin	
Ropfen	
Revivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tiatil	
Tactium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaina	
Xylonalna Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	

Sr(a): ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Idade: 54 anos
OS: 011-65057-266
Data O.S.: 13/02/2019 - 11:55
Dr(a): AMARO JORGE PINTO NETO
Convênio: PACOTE HAT
Emissão: 13/02/2019 - 12:22

Local: MARIA DAS NEVES

PROSANGUE Diagnóstico

Controle de Qualidade ControlLab

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

			Valores de referência			
			Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,10	milhões/mm³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	10,2	g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	12,5 a 15,1
Hematócrito:	31,0	%	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	100,0	µ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	32,9	pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9	g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	12,0	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: Macrocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

					Valores de referência			
					Adultos		Crianças	
Leucócitos:			5.490	/mm³	100	3.600 a 11.000	100	4.000 a 14.000
Bastonetes:	0	%	0	/mm³	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	51	%	2.800	/mm³	40-70	1.480 a 7.700	30-66	1.200 a 9.600
Eosinófilos:	1	%	55	/mm³	0-7	0 a 550	0-5	0 a 550
Basófilos:	0	%	0	/mm³	0-2	0 a 220	0-2	0 a 300
Linfócitos:	42	%	2.306	/mm³	20-50	740 a 5.500	38-70	1.520 a 10.500
Linfócitos reativos:	0	%	0	/mm³	0	0	0	0
Monócitos:	6	%	329	/mm³	3-14	37 a 1.110	3-14	40 a 1.110

Série branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETOGRAMA

			Valores de referência
Contagem de Plaquetas:	168.000	/mm³	140.000 a 450.000 /mm3
VMP:	11,10	fL	

Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Material: Sangue total com EDTA
Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

Coleta: 13/02/2019 Liberação: 13/02/2019 - 12:22

Assinado eletronicamente por: Dra. Talita Nunes Cardoso - CRF-PB 4096
ASSINATURA DIGITAL
5045617197739C905665D61FA4912D90D242C2E09FD27949F637D1E1156A45E171A6B1164214BA7

Documentacao medico - hospitalar

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALUISIO PEREIRA DE SOUZA , CPF 430.772.344-91 e RG N° 2866062 SSP/PE , foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/02/2019 sofrendo FRATURA DA PATELA DIREITA , submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com cerclagem no dia 13/06/2019) .Atualmente apresenta queixa de dor , edema e crepitação no joelho direito (osteoartrose pós traumática) , atrofia muscular da coxa direita com déficit de força muscular do MID , limitação da flexão do joelho direito (+/- 95 graus) . Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 28/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/TEOT : 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Data da internação: 11/02/2019 Hora: 22:14:13

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1831792
7 - CARTÃO DO SUS: 898003499781346
8 - DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 86714011
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV CARLOS PESSOA , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Umbuzeiro
14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 251700
15 - UF: PB
16 - CEP: 58497000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016278218009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/02/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. João Paulo Oliveira Nunes — Medicina do Trabalho — Medicina de Urgência e Traumatologia — CRM-PB 9551

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

[redacted]

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO INSERIDO

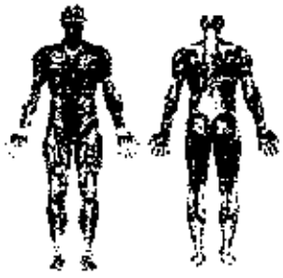
PRONT (B.E) Nº:1831749 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.[illegible]/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58032-809 Data: 11/02/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Endereço:AV CARLOS PESSOA
Cidade: Umbuzeiro
Nome da Mãe: ALAIDE VALGUEIRA DE ALBUQUERQUE
Responsável:
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58497000 Nascimento:26/01/1965
Sexo:M Telefone: 86714011
Idade:054 Bairro:CENTRO
RG: 2865062 Nº:0
CPF: 03077734491 Profissão:AGRICULTOR
Data de Atend:11/02/2019 CNS:898003499781346
Hora: 21:02:21 CONVÊNIO:SUS
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Queimadura
30. Perfuração
31. Parada
32. Paraestesia
33. Queimadura
34. Hemorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau: ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Acidente de Moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS
Paciente relata ter sido de moto há cerca de 2hora e 15 minutos, o mesmo relata perda, teve ferimento sobre o pé direito, arquivado pelo direito, e foi com fratura exposta, e foi com histórico de trauma de perda no local do acidente

ALERGIA: Nega
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: Nega
EXAME FÍSICO
PUPILAS: (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas 4.4 ____
Glasgow ____ PA ____ HGT: ____ SAT02 ____
A: Vias aéreas sem dor ou lesões
B: MV+ sem RA+ sem ruídos adventícios, respirando em ambiente
C: FC 110 bulhas normofonéticas, sem sopros
D: Glasgow 15 COTE
E: Edema importante em pé direito.

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: ____
( )Gasometria arterial (x)Radiografias: ____
( )Tomografia Computadorizada ( ) ____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: ortopedia / ____ às ____:____ Dia ____/____/____
Especialista: ____ / ____ às ____:____ Dia ____/____/____
MÉDICO SOLICITANTE ____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 2g, EV, agora	21:22
2		
3	Alta do urgente geral aos cuidados	21:20 - 11/02/19
4	do ortopedista.	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Luiz Carlos Sales
MÉDICO
CRM 9263

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALVÍSIO PEREIRA DE SOUZA IDADE: 54a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/02/19

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(✓) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Síncopse
( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena
( ) Média ( ) Ortopnéia
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica
Relacionada: ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros
( ) Diabetes Mellitus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana
( ) Arritimias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: Dexamethasone (✓) Tabagismo ex
( ) Etilismo ( ) Sedentarismo
( ) Dislipidemia ( ) Cirúrgico Nega ( ) Outros

Medicamentos em uso (✓) Não ( ) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom (✓) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ECR em RT ritmo s/s

FC.: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV (+)

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: RS ADR

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(✓) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.:

Dr. Guilherme Veras Moscena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Alusio Pereira | IDADE:

ALA: 1º dos Novos | LEITO: | MÉDICO:

DATA: 13 /02 /19

MANHÃ

TARDE

NOITE paciente evolui quadro Clinico em 1º POI de fratura de patela mantem Conduta Consciente Orientado verbaliza queixa se ⊕ aceita dieta por vo segue sem queixas aos Cuidados de enfermagem

Josecite Souza
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 162004

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA: LEITO: CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Cardiologia

Dr. Fábio S. de Farias
Cardiologista Intervencionista
CRM PB 6813

31/02/19 [illegible]

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

12/02/19 [illegible]

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PACIENTE:
Nº DO PRONTUÁRIO: Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR:
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO DO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - ELETROCAUTERIZAÇÃO - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL ENVIADO - ASPECTO - VISCERAS

Jorge Jorge Pinto Neto
CRM PB 5258
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

RT Responsável Técnico
Dr. Luciano Holanda
CRM/PB 2946

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesista
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA APTO:

CONVÊNIO: PACOTE IDADE: 54 SEXO: [X] M [ ] F

NÚMERO DA CARTEIRA:

INÍCIO: 15:15

GUIA DE INTERNAÇÃO:

TERMINO:

HORÁRIO ESPECIAL [ ] SIM [ ] NÃO

SENHA:

DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1965

CIRURGIA

[X] ELETIVA [ ] URGÊNCIA

[ ] AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): I | II | (III) | IV | V

DATA: 13/02/19

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA PATELAR

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Dr. AMARIO

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares):

Equipe Anestesiológica: DR. LOURENÇO / MARCIO

Instrumentador(a):

Procedimentos Realizados: Raquianestesia, antissepsia e assepsia. Punção lombar mediana. L2-L3 espaço. Bupi pesada 25G c/retorno de líquor claro

Códigos

Horário

AGENTES																		
	OXIGÊNIO	X	X	X	X	X												
	N_2O/AR																	
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICA																	
	SOL. DE RINGER																	
	COMP. SANGUÍNEO																	
MONITORES	ECG	NS	NS	NS	NS													
	SpO_2	FC65	100	100	100													
	$EtCO_2$																	
	DIURESE																	

TORNIQUETE: Tempo
LOCAL:

Pulso ●
PA V Λ 100
PA T 150
TGM ▲

AGENTES	QTDE.
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobárica	
Bupivacaina Hiperbárica	15mg
Bupivacaina % Jadr	0
Cipro	
Cloxapa	
Decafron	10mg
Diprona	2g
~~Diprivan~~ Nourodrin	4mg
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	2,5mg
Efedrina	
Esmeron	
Fentanil	75mg
Flagyl	
~~Forene~~ Tiadol	40mg
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Kefazol	2g
Keflin	
Ketalar	
Lasix	
Liquemine	
Methergin	
Morfina mg	
Narcan	
Naporin	
Nimbium	
Nipride	
Noradrenalina	
Norcuron	
Ocitocina	
Pavulon	
Plasil	
Profenid	
Prostigmine	
Quelicin	
Ropfen	
Revivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tiatil	
Tactium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaina	
Xylonalna Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	

Sr(a): ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Idade: 54 anos
OS: 011-65057-266
Data O.S.: 13/02/2019 - 11:55
Dr(a): AMARO JORGE PINTO NETO
Convênio: PACOTE HAT
Emissão: 13/02/2019 - 12:22

Local: MARIA DAS NEVES

PROSANGUE Diagnóstico

Controle de Qualidade ControlLab

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

			Valores de referência			
			Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,10	milhões/mm³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	10,2	g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	12,5 a 15,1
Hematócrito:	31,0	%	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	100,0	µ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	32,9	pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9	g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	12,0	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: Macrocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

					Valores de referência			
					Adultos		Crianças	
Leucócitos:			5.490	/mm³	100	3.600 a 11.000	100	4.000 a 14.000
Bastonetes:	0	%	0	/mm³	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	51	%	2.800	/mm³	40-70	1.480 a 7.700	30-66	1.200 a 9.600
Eosinófilos:	1	%	55	/mm³	0-7	0 a 550	0-5	0 a 550
Basófilos:	0	%	0	/mm³	0-2	0 a 220	0-2	0 a 300
Linfócitos:	42	%	2.306	/mm³	20-50	740 a 5.500	38-70	1.520 a 10.500
Linfócitos reativos:	0	%	0	/mm³	0	0	0	0
Monócitos:	6	%	329	/mm³	3-14	37 a 1.110	3-14	40 a 1.110

Série branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETOGRAMA

			Valores de referência
Contagem de Plaquetas:	168.000	/mm³	140.000 a 450.000 /mm3
VMP:	11,10	fL	

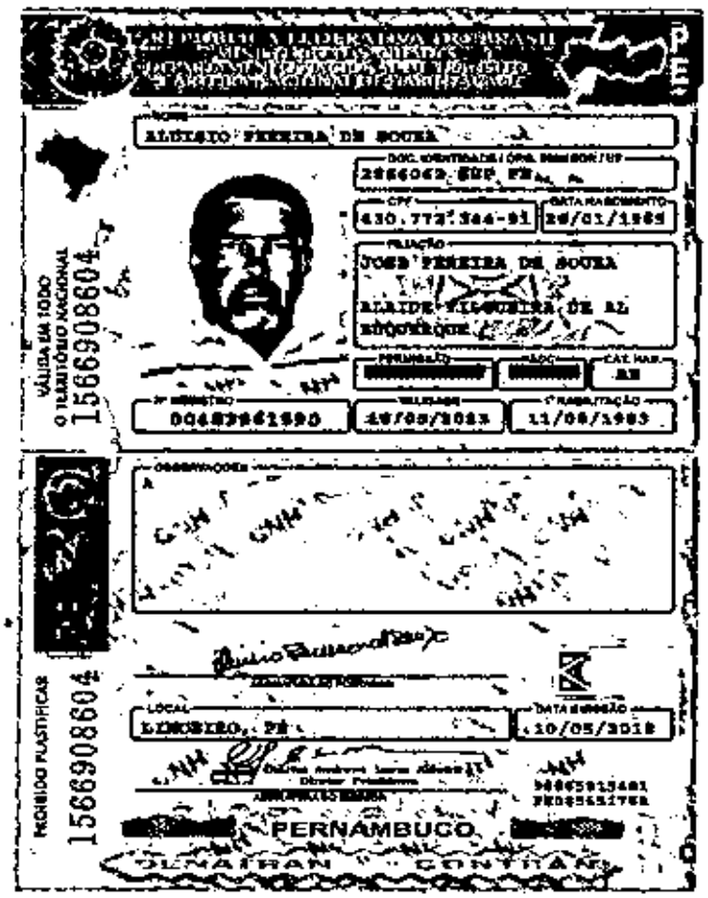
Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Material: Sangue total com EDTA
Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

Coleta: 13/02/2019 Liberação: 13/02/2019 - 12:22

Assinado eletronicamente por: Dra. Talita Nunes Cardoso - CRF-PB 4096
ASSINATURA DIGITAL
5045617197739C905665D61FA4912D90D242C2E09FD27949F637D1E1156A45E171A6B1164214BA7

Documentos de identificação



NOME
ALÍSIO PEREIRA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2866062 SSP PE

CPF
430.772.344-91

DATA NASCIMENTO
28/01/1965

FILIAÇÃO
JOSÉ PEREIRA DE SOUZA
ELAIDE VIEIRA DE ALBUQUERQUE

PERMISSÃO
[redacted]

NACIONALIDADE
[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
00489861990

VALIDADE
28/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
11/08/1983

OBSERVAÇÕES

LOCAL
LIMOEIRO, PE

DATA EMISSÃO
10/05/2018

Diretor Presidente

ASSINATURA DO PORTADOR

968659194-01
PE08565176B

[redacted] PERNAMBUCO [redacted]

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1566908604

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566908604

ALOISIO PEREIRA DE SOUZA

DATA NASCIMENTO 26/02/1965

FILIAÇÃO

JOSE PEREIRA DE SOUZA

ALAIDE VILGUEIRA DE ALBUQUERQUE

NR

10/05/2013

LIMOEIRO, PE

PERNAMBUCO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1566908604

Documentos de identificacao

001

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE — Nº 014800485076

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	DOC. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	998017132	**********	2019

NOME: MALDECY ALVES DA SILVA

OROBO-PE

CPF (CNPJ)	PLACA
341.037.674-72	OYY4633

PLACA ANT / UF	CHASSI
********* PE	9C2KC1650ER019071

ESPÉCIE / TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150-TITAN ESD	2014	2014

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	SEGURO 0,32	84,58	12/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA. DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO. NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
OROBO	16/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014800485076 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MALDECY ALVES DA SILVA

55745-000

CASA OROBO-PE

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	16/02/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	341.037.674-72	OYY4633

RENAVAM	MARCA / MODELO
998017132	HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.	CILIND.	Nº CHASSI
2014	09	9C2KC1650ER019071

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36.05	4.01	40.06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.32	84,58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	12/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO

DUT

DENTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01480048507 6

VIA	COD. RENAVAM	CHASSI	EXERCÍCIO
1	998017132	**********	2019

NOME
DOALDECY ALVES DA SILVA

OTOBO-PE

CPF/CNPJ	UF
341.037.674-72	PE

PLACA/NTI/UF	CHASSI
********/PE	9C2KC1650ER019071

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCOO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019: QUITADO		1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

TAXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
1,5	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80,11	0,32	84,58	12/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL	DATA
OTOBO	16/02/19

Roberto Carlos Moreira Cortelino
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 01480048507 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DOALDECY ALVES DA SILVA 55745-00
OTOBO-PE

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	16/02/19

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	341.037.674-72	OYY4633

RENAVAM	MARCA/MODELO
998017132	HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.	CILINDRADA	Nº CHASSI
2014	09	9C2KC1650ER019071

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36,05	4,01	40,06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR TOTAL DO SEGURO (R$)
4,15	0,32	84,58

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	[ ] PARCELADO	12/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
EM SEU PORTE OBRIGATÓRIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 11/02/2019

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA : 430.772.344-91

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 12/06/2019	Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 430.772.344-91	CPF: 134.037.047-69
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALVISIO PEREIRA DE SOUZA

DATA DO ACIDENTE 17-02-2019 CPF DA VÍTIMA 43077234491

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALVISIO PEREIRA DE SOUZA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DR. CARLOS PESSOA

Nº 223 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE UMBUZEIRO UF PB CEP 58497-000

E-MAIL [illegible] TELEFONE (81) 99696 4979 / 99706 5834

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

RECEBIDO 06 JUN 2019 Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) 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)

( ) 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) 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)

( ) 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 VÍTIMA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03-06-2019

IDENTIDADE 2866062

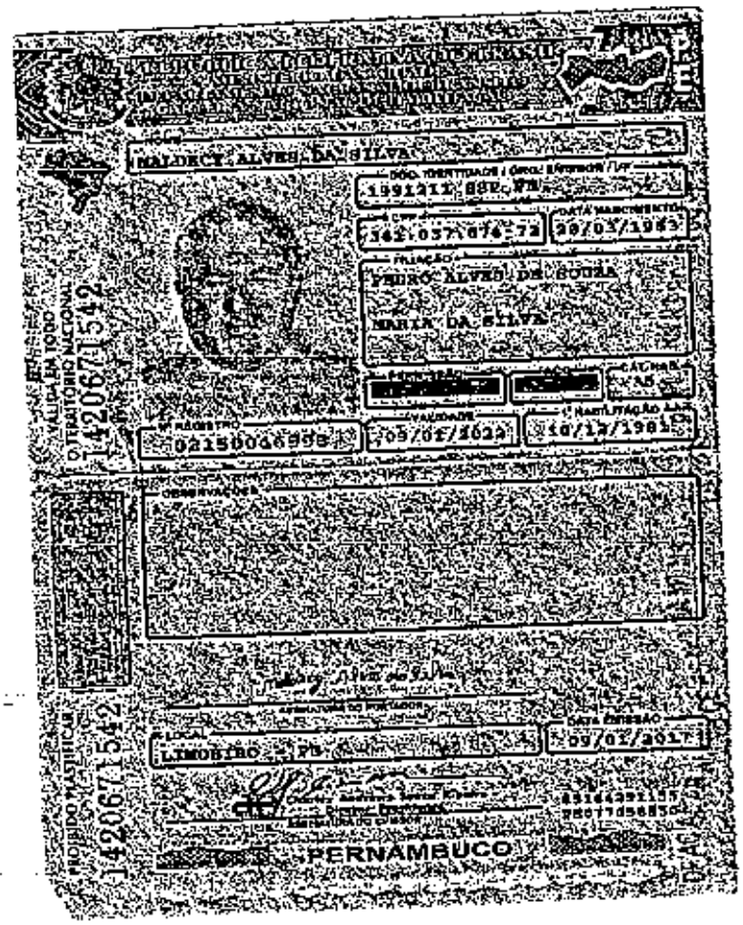
ASSINATURA x Alvisio Pereira de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/06/19

NOME JOHN LENNON DE LIMA SILVA

ASSINATURA John Lennon de Lima Silva



NALDECI ALVES DA SILVA

1391211 SSP PE

342.057.074-72

20/03/1963

PEDRO ALVES DE SOUZA

MARIA DA SILVA

[redacted]

[redacted]

VAS

02150046998

09/01/2022

10/12/1981

LIMOEIRO

09/01/2017

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

O TRÂNSITO NACIONAL

VÁLIDA EM TODO

14206715 42

14206715 42

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-900
CNPJ 09 095 183/0001-40 Insc Est 16 015 623-0

Ligação MONOFÁSICO
Cla/Sub RES NTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 1 - 112 - 30 - 4030 Referência Mai / 2019
Medidor 00000600890 Emissão 03/05/2019

Mai / 2019	03/05/2019	03/06/2019	

Data	Leitura	Data	Leitura
03/04/19	17847	03/05/19	17896

Descrição	Quantidade	Valor	Base Cálculo	Alíq. ICMS	Valor ICMS	Base Cálculo PIS/COFINS	Alíq. PIS/COFINS	Valor PIS	Valor COFINS
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Adic. D Amarela	0,04	0,04	25	0,01	0,04	0,00		0,00	0,00
DEMAIS DADOS E SERVIÇOS									
JUROS DE MORA 03/2019	[illegible]	0,00	0	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
MULTA DE MORA	[illegible]	0,00	0	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	[illegible]	0,00	0	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00

CO2 Código de Classificação de Emissão de Gases de Efeito Estufa: TOTAL [illegible] R$ 26,84

[illegible]	10/05/2019 R$ 26,84

RESERVADO AO FISCO
f05b.b46b.8e94.8116.9cef.d696.38e4.5701.

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	6,09	22,26
Compra de Energia	5,85	21,97
Serviços de Transmissão	0,93	3,46
Encargos Setoriais	1,42	5,29
Impostos Diretos c/ Encargos	9,54	35,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	26,84	100,00

Valor do EUSO (Ref. 3/2019) R$ 23,58

[illegible]	Abr/19 55,42

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Número do Sinistro: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 11/02/2019

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 12/07/2019	Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 430.772.344-91	CPF: 126.261.667-07
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Elen Tais Alves Pereira

Seguradora LÍDER

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, 24 de Junho de 2019

RECEBIDO
08 JUL 2019
Seguradora Líder DPVAT

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190
Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 11/02/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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.

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. 0°91001914 - carta_03 - INVALIDEZ

06040957

Carta nº 14478693

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA

DATA DO ACIDENTE 17.02.2019 CPF DA VÍTIMA 43077234491

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA Dr CARLOS PESSOA

Nº 223 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE UMBUZEIRO UF PB CEP 58497 000

E-MAIL endeyfonda@hotmail.com.br TELEFONE (81) 996964979 99706 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) 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)

( ) 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) 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)

( ) 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 VÍTIMA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03-07-2019

IDENTIDADE 2957799

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Número do Sinistro: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 11/02/2019

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA : 430.772.344-91

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 30/08/2019	Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 430.772.344-91	CPF: 760.547.217-04
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA

DATA DO ACIDENTE 17.02.2019 CPF DA VÍTIMA 43077234491

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA Dr. CARLOS PESSOA

Nº 223 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE UMBUZEIRO UF PB CEP 58497-000

E-MAIL endoglaia@hotmail.com.br TELEFONE (81) 99696 4979 99706 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) 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)

( ) 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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (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)

(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) 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)

( ) 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 VÍTIMA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03-06-2019

IDENTIDADE 2.866.062

ASSINATURA Aluísio Pereira de Souza

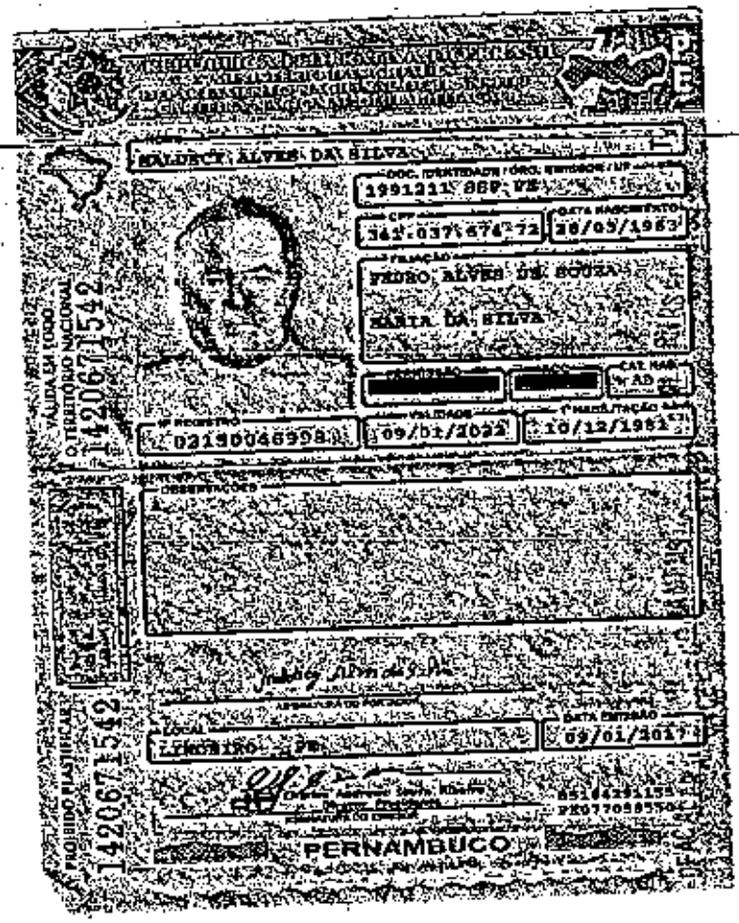
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15-08-19

NOME John Lennon de Lima Silva

Ag.Correios/Comercial

ASSINATURA Mat.8.508.254-6



NOME
MALDECY ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1991211 SSP PE

CPF
342.037.674-72

DATA NASCIMENTO
28/05/1963

FILIAÇÃO
PEDRO ALVES DE SOUZA
MARIA DA SILVA

[redacted] [redacted] CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02190046998

VALIDADE
09/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
10/12/1981

OBSERVAÇÕES

LOCAL
LIMOEIRO PE

DATA EMISSÃO
09/01/2017

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

142067 1542

TERRITÓRIO NACIONAL
VÁLIDA EM TODO
142067 1542

LUCILENE GOMES BARBOSA
RUA SAMUEL DEODATO, 92 - CENTRO
UMBUZEIRO / PE CEP: 55247000 (AG: 1021)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Distrito Redenção - João Pessoa/PB - CEP 58051-650
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.623-0

Ligação: MONOFÁSICO
Cls/Sbc. RES MTC (61) / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 1 - 112 - 30 - 4090 Referência: Mai/ 2019
Medidor: 00000000880 Emissão: 03/05/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elét. Série: 204.274.189
Cód. para Débito Automático: 000043997

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	03/05/2019	03/06/2019	750.726.944-20

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): [redacted] 6/343997-3

Canal de contato

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

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
03/04/19	17967	03/05/19	17968	1	31	30

Demonstrativo

COD	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor	Base Calc.	Aliq.	Icms(R$)	Base Calc.	Pis(R$)	Cofins(R$)
			Tarifa(R$)	ICMS(%)		ICMS		Pis/Cofins(R$)	0,871679	4,47529%
0601	Custo de Disponibilidade			24,88	24,88	25	6,16	24,88	0,29	1,10
0801	Adic.B Amarela			0,04	0,04	25	0,01	0,04	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 03/2019			0,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2019			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
			TOTAL		25,84		6,17	24,92	0,29	1,10

Tarifa s/ Tributos: 0,871779

Leitura Medida (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
EE	10/05/2019	R$ 26,84

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/19	Jun/19	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19
0	0	2	61	64	77	78	72	109	89	78	84

RESERVADO AO FISCO

f05b.b46b.8e94.8116.9cef.d696.38e4.5701.

Indicadores de Qualidade 1.2019 - Unidade: %

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	9,05	0,00
DIC TRIMESTRAL	16,11	
DIC ANUAL	32,21	
FIC MENSAL	2,81	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,22	
FIC ANUAL	14,43	
DMIC	4,45	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	23[illegible]

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia (PB)	5,93	22,26
Compra de Energia	9,85	32,97
Serviço de Transmissão	0,93	3,46
Encargos Setoriais	1,42	5,29
Impostos Diretos e Encargos	6,84	25,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	26,84	100,00

Valor do EUSD (Ref. 3/2019) R$ 23,58

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 18/05/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade da cobrança suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado pelos canais para não interromper na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esta mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Abr/19	55,32

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Eletro Cardiograma

NOME: Aluisio Pereira de Souza

Idade: 54 sexo M Quarto – leito 90 - 2

DATA: 13/02/19 Responsável:

Médico Requisitante: D. Andrio.

Eletro. doc

[redacted]35 13.Fev.19 11:14

[illegible] serie: 3CT12230031KA

[illegible]ções

[illegible] de nascim[illegible]

[illegible]ados de medidas:

[illegible] 390 / [illegible]

[illegible] 624 / [illegible]

[illegible]/T 60/ 36/ [illegible] C.aus

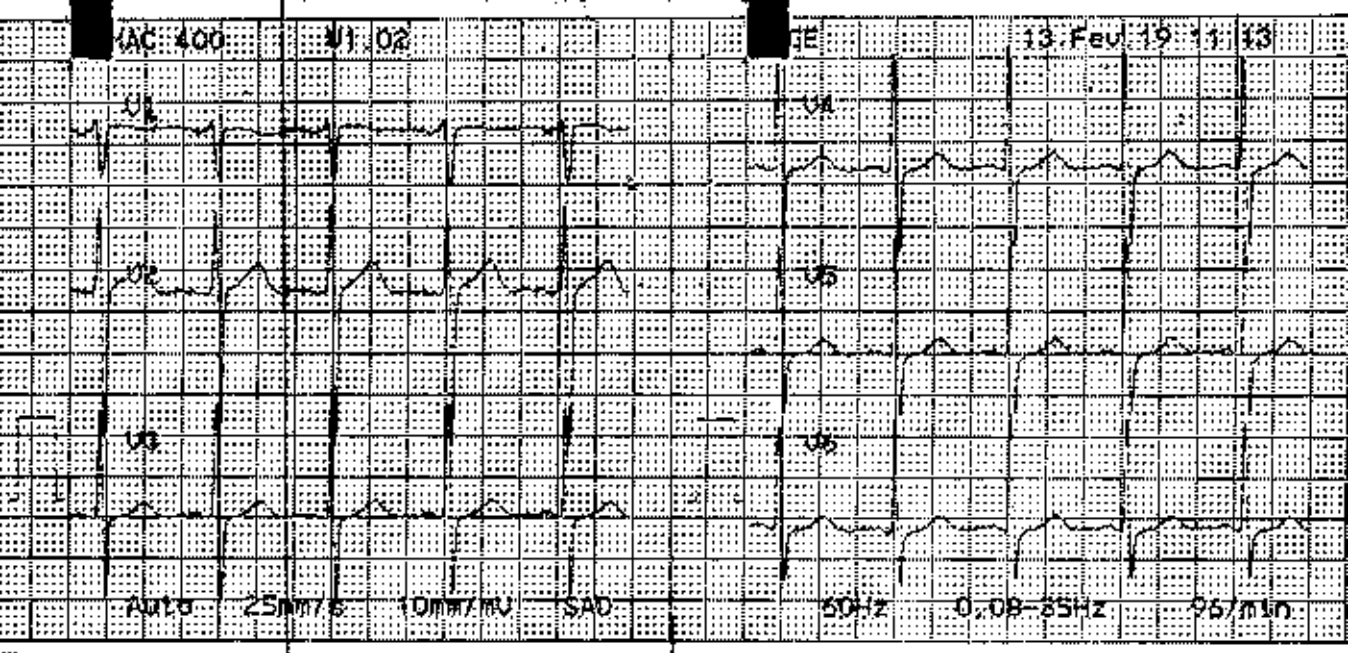
[illegible] 01.02 [illegible]SL 0239

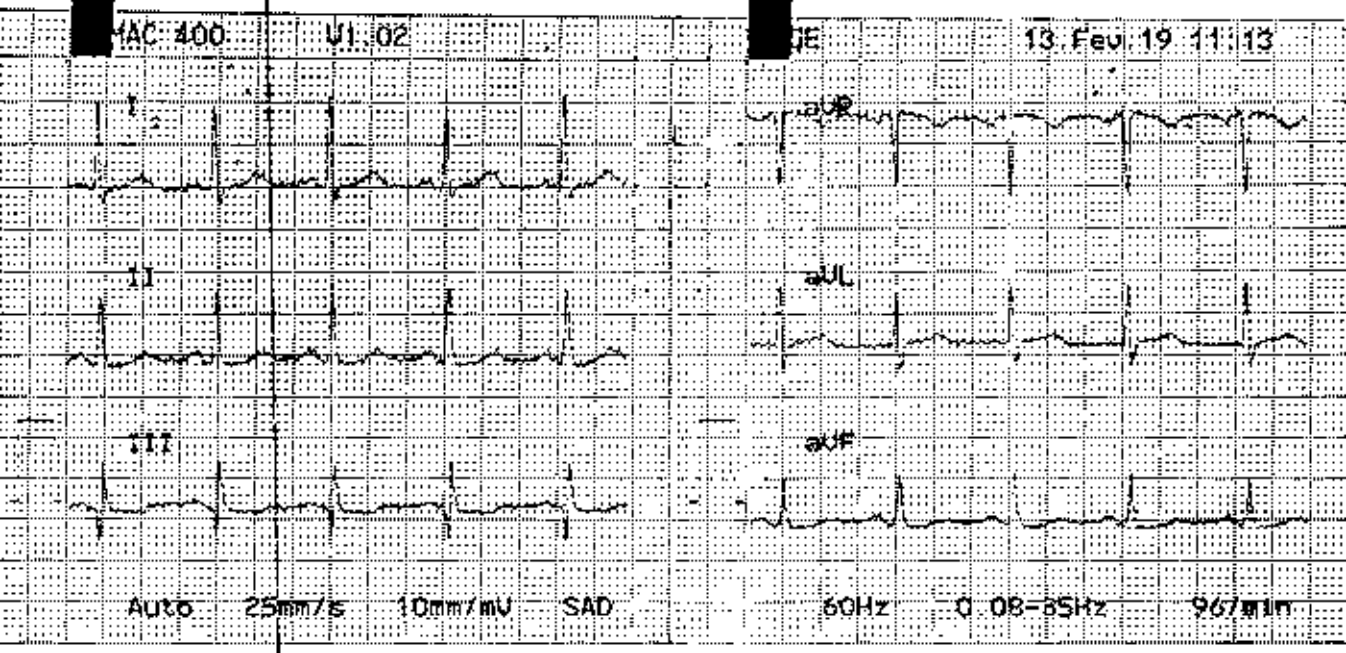
[redacted]GE 13.Fev.19 11:14

Interpretação:

Ritmo sinusal normal
QT prolongado
ECG anormal

MAC 4[illegible] 01.02 [illegible]2SL 0239


AC 400
V1 02
13 Fev 19 11 13
V1
V2
V3
V4
V5
V6
Auto
25mm/s
10mm/mV
SAO
50Hz
0,08-85Hz
96/min


HAC 400
V1.02
13 Feb 19 11:13
I
II
III
aVR
aVL
aVF
Auto 25mm/s 10mm/mV SAD
60Hz 0.08-35Hz 96/min

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377190 **Cidade:** Umbuzeiro **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Número do Sinistro: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 11/02/2019

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Outros

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 12/07/2019 Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA CPF: 430.772.344-91	Data do cadastramento: 12/07/2019 Nome: Elen Tais Alves Pereira CPF: 126.261.667-07
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 11/02/2019

CPF: 430.772.344-91 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA : 430.772.344-91

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 12/06/2019	Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 430.772.344-91	CPF: 134.037.047-69
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO