

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
CARTÃO DE IDENTIDADE
DI. P. 95
Cesar Nildo de Andrade




VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 09/04/99
Cesar Nildo de Andrade
Assinatura
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 2281718
NOME CESAR NILDO DE ANDRADE
FILIAÇÃO José Luiz de Andrade
Maria Marlí de Andrade
Princesa Isabel-PB.25-08-1977
NATURALIDADE
Cert.de Masc.no 6368, fls.13v do
Liv.A-08 do Cart.de P.Isabel-PB.
CPF
João Pessoa - PB
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Nome
CESAR NILDO DE ANDRADE
Nº de Inscrição
219438758-71
Data de Nascimento
25/08/77




RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414590/19

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

CPF: 219.438.758-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: CESAR NILDO DE
ANDRADE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



CESAR NILDO DE ANDRADE : 219.438.758-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE
CPF: 219.438.758-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

CESAR NILDO DE ANDRADE

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **CÉSAR NILDO DE ANDRADE**
Data do Acidente: **30/05/19** Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: **919.438.758-71**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada *(Laudo médico)*
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **CÉSAR NILDO DE ANDRADE**

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: **919.438.758-71**

E-mail: **cesarnildoandrade@gmail.com** Tel.: **(85) 99828-0864**

Data: **11/11/2019** Assinatura: **Cesar Nildo de Andrade**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Data: **11/11/2019**

Assinatura: **[Assinatura]**

11 NOV 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414590/19

Número do Sinistro: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

CPF: 219.438.758-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: CESAR NILDO DE ANDRADE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000000769-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0601202005000000000023703457000000000769337500 PAGO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190656/03 3 - CPF da vítima: 219.438.758-71 4 - Nome completo da vítima: CÉSAR NILDO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: CÉSAR NILDO DE ANDRADE 6 - CPF: 219.438.758-71
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA CAPITÃO JOAQUIM PEREIRA SILVA 9 - Número: 95 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MAIA 12 - Cidade: PRINCESA ISABEL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: cesarnildoandrade@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (083) 99828-0864

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3457 6 CONTA: 0000769 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Princesa Isabel, PB 04 de dezembro de 2019.

Cesar Nildo de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

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



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190656103 Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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

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

Recebedor: CESAR NILDO DE ANDRADE

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 00000769-2

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



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CESAR NILDO DE ANDRADE

PORTADOR(A) DO RG Nº 2281718 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 08/06/98 E

CPF 919438758-91 / CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.737,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CESAR NILDO DE ANDRADE. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionam:

entados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3457-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 169-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PRINCESA ISABEL 11 de NOVEMBRO de 2019

LOCAL DATA

Leaves killed by Anthonomus

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 252/2018, LIVRO nº 01/2019, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, GUTENBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CAHAL.

DATA: 31 de Maio do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 17h10min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Boletim de ocorrência



Noticiante: RINALDO DE MEDEIROS FRANCISCO

Estado civil: casado RG: 1.492.797-2ª Via SSP/PB CPF: 517.566.504-97

Sexo: masculino Nascimento: 28/04/1966 Idade: 53 anos

Nacionalidade: Brasileiro Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agropecuarista Alfabetizado: sim

Filiação: JOSÉ FRANCISCO SOBRINHO E DE MARIA DO AMPARO MEDEIROS.

ENDEREÇO: Praça Miro Maia, nº 53, centro de Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE na data de 30 de maio de 2019, por volta das 12 horas seu motorista CÉSAR NILDO DE ANDRADE, devidamente habilitado, perdeu o controle do automóvel Caminhão VW/10.160 DRC 4X2, ANO 2017, MODELO 2018, COR BRANCA CHASSI nº 9531M62PXJRB12503, PLACA OFV 5884/PB de propriedade da GRANJA CASCABEL LTDA EPP na aproximação da Serra Da Pinheira, entre Menaira e Santana de Mangueira, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Princesa Isabel/PB, que foi realizado Raio X e constatado fratura do fêmur e bacia, que devido à gravidade foi encaminhado para o Hospital Regional de Patos/PB.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante

Rinaldo de M. Francisco

[Signature]
ESCRIVÃO/AGENTE

Mat 182.412.1

EMILIA ERICA
SERVICO NOTARIAL E REGISTRAR
Autentico a presente copia, reproduzindo fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 11/11/2019 11:23:23
Isabel Kalline Fralão da Silva - Escrevente
E-1819-0044677 E-1819-0044677 8, 29 FEVEREIRO 2020
Selo Digital: A1004677-0016
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3190656103

3 - CPF da vítima:
219.438.758-71

4 - Nome completo da vítima:
CÉSAR NILDO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo:
CÉSAR NILDO DE ANDRADE

6 - CPF:
219.438.758-71

7 - Profissão:
MOTORISTA

8 - Endereço:
RUA CAPITÃO JOAQUIM PEREIRA DA SILVA

9 - Número:
95

10 - Complemento:
CASA

11 - Bairro:
MAIA

12 - Cidade:
PRINCESA ISABEL

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
58.755-000

15 - E-mail:
cesarnildoandrade@gmail.com

16 - Tel.(DDD):
(083) 9 9828-0664

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **3457**

6

CONTA: **0000769**

2

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Princesa Isabel-PB, 09 de Dezembro de 2019**

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656103 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA E FRATURA DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: APRESENTA DOR A APREENSÃO DA REGIÃO PÚBLICA EDEMA EM MIE IMPORTANTE COM CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: FIXAÇÃO DE PERNA POR PLACA E FIXAÇÃO DA BACIA POR FIXADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO QUADRIL E TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190656103
Nome do(a) Examinado(a): Cesar Nildo de Andrade
Endereço do(a) Examinado(a): R Mns Valdemar, S/N
Maia Princesa Isabel BA CEP: 45170-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2281718
Data local do acidente: [30/05/2019]
Data local do exame: [18/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**DISJUNÇÃO DA SINFISE PULBICA
FRATURA DE PERNA ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: FIXAÇÃO DE PERNA POR PLACA
FIXAÇÃO DA BACIA POR FIXADOR
Complicações: DOR EM SINFISE PULBICA E ALTERAÇÃO DA MARCHA PELA FRATURA DA PERNA
Data da Alta: 20/10/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTA DOR A APREENSAO DA REGIAO PULBICA
EDEMA EM MIE IMPORTANTE COM CLUADICAÇÃO**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT DE MOBILIDADE PELA FRATURA DA PERNA
DOR AOS ESFORÇOS EM REGIAO PULBICA PELA DISJUNÇÃO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone Antônio
CRM: 15122
TEOT: 10541
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 08

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala, 9h às 18h, de segunda a sexta-feira): 0800 021 91 35



Eu, Cesar Nildo de Almeida,
RG nº 2287718, data de expedição 08/12/19,
Órgão P.B, CPF nº 279438458-7

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Yanguaim Pereira Silva</u>
Número	<u>95</u>
Apto/Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Princesa Isabel</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>P.B</u>
CEP	<u>58.455</u>
Tel. de contato	<u>998 280864</u>
E-mail	<u>cesar.nildo@qmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Princesa Isabel 05/11/2019

Cesar Nildo de Almeida

Assinatura do Declarante

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MOVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Cel. Alencar Pereira Lima, 283 - Centro - Princesa Isabel - PB 57155-000
Fone: (35) 39075-5049 | E-mail: emilia@tjpb.jus.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: CESAR NILDO DE ALMEIDA

Em test. da verdade, Princesa Isabel - PB 11/11/2019 11:24:45

Isabel Kaline Frazão da Silva - Estrovente
[2019-006721]EPIOL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPU:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: AJJ98182-888A

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

Isabel Kaline Frazão da Silva
Estrovente

SELVANO DE BELARMINO DOS SANTOS
RUA CAF. JOAQUIM PEREIRA SILVA, 95 - MARA
PRINCESA ISABEL / PB CEP 58755000 (AO. 185)

Logradouro: MONTEFASICO
Cidade: RESMTC 51 / RESIDENCIAL - BARRA REMOA
Bairro: 17 - 138 - 140 - 2018 Referência: Out / 2019
Número: 09301394982 Emissão: 28/10/2019



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Dist. Redenção - João Pessoa / PB - CEP 58071-899
CAP 100-005 193 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia 684164 Nº055.882.083
Cód. para Déb. Automático: 00010961493

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out / 2019	28/10/2019	27/11/2019	036.060.744-26

UC (Unidade Consumidora) 317295749-3

Canal de contato
Término Serviço de Energia Elétrica - TSEE (código 001)
Nº 6.438, de 25 de abril de 2002
Seu acesso é gratuito e todo acesso é feito através do Call Center de
Atendimento e de emergência

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dígit
Data: 29/09/18 Leitura: 4368	Data: 28/10/19 Leitura: 2774		+ 108	22

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade		Valor		Valor		Valor	
		T (m³)		T (m³)		T (m³)		T (m³)	
0001	Consumo de Energia Elétrica	39,000	0,000000	7,08	7,08	27	2,15	7,08	0,08
0002	Consumo - C1 a 100V/220V	70,000	0,000000	3,03	31,92	27	8,03	31,92	0,77
0003	Consumo - C1 a 220V/440V	6,000	0,000000	4,10	4,10	27	1,11	4,10	0,05
0004	Adic. B Verificação			0,38	0,38	27	0,30	0,38	0,01
0005	Adic. B Atuação			1,08	1,08	27	0,20	1,08	0,01
0010	Suporte			97,87	97,87	27	10,22	97,87	0,82
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			18,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	Descontos e Suspensão			-25,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00

RG: Código de Classificação do Item: TOTAL: 75,48 - 69,25 - 22,60 - 69,25 - 0,88 - 3,21
Atividade: Trazida para o sistema 0,151710 Atividade: 0,211500 Atividade: 0,217250

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
04/11/2019	R\$ 75,48

Histórico de Consumo (KWh)											
35	77	63	55	57	71	65	70	58	64	101	91
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Ma/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO
9ba9.b864.3197.229e.71da.716b.96ab.284f

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
2.1 ANEEL	7,20	0,00	Serviço de Dist. de Energia	11,87	15,74
2.1 ANEEL	14,50	0,00	Serviço de Energia	15,85	20,72
2.1 ANEEL	29,00	0,00	Serviço de Manutenção	1,17	1,54
2.1 ANEEL	3,55	0,00	Encargos Setoriais	1,79	2,37
2.1 ANEEL	7,10	0,00	Impostos Diretos e Encargos	44,45	58,82
2.1 ANEEL	14,20	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00
2.1 ANEEL	1,14	0,00	Total	75,48	100,00
2.1 ANEEL	12,22	0,00			

Valor do EUSD (R\$ 8/2016) R\$ 15,00

Dr. Mendes
Dr. João
 Prefeitura Municipal de
Ibiara
 Rua 10 de Novembro, 100 - Centro - Ibiara - GO - 74.600-000

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIARA
 SECRETARIA DE SAÚDE
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
 FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - USB



Data:	ID Ocorrência:	☐ USB 08	Plantão:	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
30.05.19	516		☒ Dia ☐ Noite	12:00 Hs	00:00 Hs

Solicitante:

Paciente / Usuário:	Idade:	Sexo:	Telefone:
Cesar Nunes de Andrade	42	M.	

Local da Ocorrência / Cidade:	Bairro:	Médico Regulador:
Pcs dos Cochoncos Noroeste		João

Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:

Apoio no Local: ☒ USB ☐ USA ☒ Resgate / Bombeiros ☒ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTAN ☐ Outro:

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Al. no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito Durante o Atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): HR Potos

Responsável e Função: Dr. João Mendes

Assinatura e Carimbo:

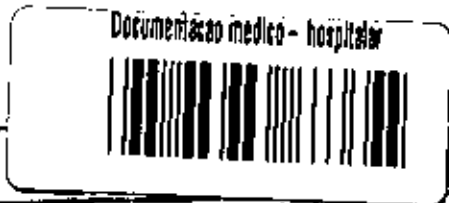
Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____



CAUSAS EXTERNAS

> Acidente de Trânsito

☐ Acidente automobilístico:

☐ Acidente motociclístico

☐ Atropelamento por: _____

☐ Colisão carro x moto

☒ Capotamento

☐ Outro: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal



Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB - 7381
CRM-PE - 18836

Ortopedia e Traumatologia
- Artrose
- Osteoporose
- Ortopedia Pediátrica
- Patologias do Joelho / Quadril / Membros
- Ortopedia Esportiva
- Cirurgia Ortopédica
- Trauma
- Fraturas

LAUDO MÉDICO

Paciente Cesar Mildo de Andrade, 42 anos, vítima de acidente de carro há aproximadamente 06 meses (30/05/19). Feriu no joelho direito tibia esguinho e na mobilidade cirúrgica, com colocação de placa e parafusos no joelho, e disjunção da rótula com colocação de fixador externo.

No momento apresenta e possui um déficit das locomoções - ainda sendo com auxílio de suas atividades por tempo indeterminado para atividades na vida e mobilidade normal.

UR: - Sequela de fratura de tibia @ C.A.: 582.2 Tab. 2

- Disjunção da rótula com C.A.: 533.4

Exames e exames médicos por Avaliar

EMÍLIA ÉRICA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 11/11/2019 11:23:59

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente

[2019-004469] EIML:R\$ 2,48 FAREM:R\$ 0,29 FEPO:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A3086941-SULN

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

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Dr. Cavalcanti Pires Lima, 253 Centro - Princesa Isabel - PB - 51.100-000
Fone: (35) 9975.8913 E-mail: emilia@emilia.com.br

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

06/11/19

Lab Vito Patos (OrtoVita) - Rua Bossuet Wanderley, 361, Centro - PATOS-PB | 83 99906.5028

Policlínica Clímed - Rua Tenente Manoel de Oliveira Lira, 50, Centro (saída para Patos) - TEIXEIRA-PB | 83 3472.2901 / 99635.774

Clinica Odontomendes
CONCEIÇÃO - PB
83 9 9612 3216

Total Saúde - JURU-PB
83 99995.7142

Total Saúde (Ultamed) - TAVARES-PB
83 99660.1551

Total Saúde - PRINCESA ISABEL-PB
83 3457.2662 / 99969.0581

Casa da Saúde - AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE - 87 3838.1591 / 9 9947.0105 | Clínica Dr. Robério Mathias - TABIRA - PE - 87 3847.2925 / 99825.51

C. Clínica Júnior Prato - ITAPETIM-PE Gênesis - ITAPETIM-PE Segvida - SÃO JOSÉ DO EGITO-PE Espaço Bem Estar - SÃO JOSÉ DO EGITO-PE
87 3853.1224 / 99637.1787 87 99810.9116 87 3844.1680 / 99980.2944 87 3844.2942 / 99653.3325

ATESTADO MÉDICO

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

Melo de Moraes

portador(a) da identidade RG _____,

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de

hoje, às 19 h 39, portador(a) da patologia CID-10

S39.9 / S82.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades

laborativas por um período de (180) dias, a

partir desta data.

Patos, 30/05/19

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

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

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

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

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



**PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER III)

**PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE RG. 2281718
CPF.: 219.438.758-71**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente supracitado vem sendo acompanhado no setor de fisioterapia desta instituição desde 09 de julho de 2019, compareceu ao tratamento de forma ininterrupta semanalmente até a presente data.

O paciente apresenta um diagnóstico cinético funcional de marcha claudicante e mobilidade reduzida no quadril, devido a uma sequela de fratura no quadril e tibia E, que esta limitando as suas atividades de vida diária, sem previsão de alta. Destaco que é necessário a continuidade do tratamento.

Princesa Isabel – PB, 06 de novembro de 2019.

Dr. Hercules A. Silva
Fisioterapeuta
CREFITO PB: 137221-F

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	46388	PRONTUÁRIO	25512
DATA	30/05/2019	HORA	19:39
OCCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MCARMO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMOVEL		
PACIENTE	CESAR NILDO DE ANDRADE	IDADE	41a 9m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIACÃO I	MARIA MARLI DE ANDRADE		
FILIACÃO II	JOSE LUIZ DE ANDRADE		
CIDADE	PRINCESA ISABEL PB		
ENDEREÇO	RUA CAPITAO PEREIRA SILVA 95		
BAIRRO	MAIA		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL		
TELEFONE		CELULAR	83909545856
N.S.	700003183721400	IDENTIDADE	281718
C.P.F.	219.438.758 71	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/08/1977	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	MOTORISTA

RESPONSÁVEL GILVANEIDE DOS SANTOS AND Ass. Resp./Paciente

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

Ata vinda a acidente de trânsito
em trilha veloz a a perna

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

Ata f. exame do corpo

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura da tíbia e fíbula

CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data

14.06.19

Hora

10h

Min

() Alta Curado

() Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

() Evasão

() Óbito

D/CRM

JOÃO H. GUARANDA LAMARCA
Médico de Família e Comunidade
CRM 14.06.19

COMPLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA
DE SAÚDE

Nome do Paciente: <i>Carlos Rildo de Almeida</i>		Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <i>11/06/19</i>	Enf.:	Leito:	
Cirurgião: <i>Dr. Claudenir de Faria</i>	1º Auxiliar: <i>Dr. Marcelo</i>		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia: <i>La. Tiroso</i>	Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura distal da tíbia (E)</i>			
Tipo de Cirurgia: <i>em unguem</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Incisão em "H" no antebraço. A primeira parte da incisão é feita no antebraço, com 10 cm de comprimento. A segunda parte é feita no dorso da mão, com 5 cm de comprimento. A incisão é feita com bisturi nº 11. A pele é descolada com o bisturi nº 11. A pele é suturada com fio nº 3/0. A pele é lavada com álcool 70%.

[Assinatura]
Médico Assistente S. P. M.
Ortopedia e Traumatologia
2004.000.000.000

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE INDAL e CAPANGÁ		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
Nome do Paciente: <u>Osamir Mildo de Andrade</u>				Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>30/05/16</u>		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. Marcelo Alves</u>		1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:	
Anestesia: <u>Dr. Michelone</u>		Tipo de Anestesia:			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Prisão de 2º grau por 1h</u> <u>Fratura 1/3 distal de 1º grau</u> (Fratura)					
Tipo de Cirurgia: <u>Fixação Olfur</u>					
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>sem</u>					
Relatório Imediato do Patologista:					
Exame Radiológico no ato:					
Acidente Durante a Cirurgia:					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Prisão de 2º grau - 20/11/16 - 20/11/16
Articulação - 1/3 distal de 1º grau
Fratura - Fratura de 1º grau
Fratura - Fratura de 1º grau
Fratura - Fratura de 1º grau
Fratura - Fratura de 1º grau

Fratura - Fratura de 1º grau - Fratura (Fratura)

Dr. Marcelo Alves
 Ortopedia e Traumatologia
 Medicina do Trabalho
 CRM-PB 7381 - CREMEPE 18838

Dr. Marcelo Alves
 Ortopedia e Traumatologia
 Medicina do Trabalho
 CRM-PB 7381 - CREMEPE 18838

PACIENTE:	Cesar Nildo de Andrade			
QY:	LEITO:	CONVÊNIO:	IDADE:	RÉGISTRO:
	1603	SUS	41	255.12
CIRURGIÃO:	Difeneas da Epixe Pública		CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Alves	
ANESTESIA:	Raqui		ANESTESISTA: Filidion	
INSTRUMENTADORA:	DATA:	INÍCIO:	FIM:	
	30.05.19	20:10h	21:15	



NOTA DE SALA - MATERIAL

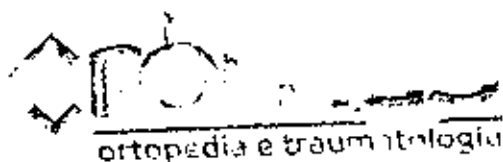
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo-p/ soro e sangue-
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Córdio-Respirador	X	Sonda Foley no 36
	TX. de Laser	X	Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
X	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
X	Neocaín <i>Intubação</i>	X	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	X	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
X	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetaniil 0,05 mg	X	Dreno-Penrose <i>Compussar</i>
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
X	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	X	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
X	Cefatotino 19 e Cefazolina		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
X	Plasil <i>ondaseletrona</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 Vi		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
X	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Nylon 3-0

PACIENTE: <u>Carson Nilda de Andrade</u>				
QT: <u>C.C.</u>	LEITO: <u>1603</u>	CONVENIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>43a</u>	REGISTRO: <u>25550</u>
CIRURDIA: <u>uro. cir. ext. Tbia bntle Dr. Gaudencio</u>		CIRURDIAO: <u>Dr. Tavia</u>		
ANESTESIA: <u>Propofol</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Tavia</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>Georgy</u>		DATA: <u>11-06-19</u>	INICIO: <u>10:25</u>	FIM: <u>12:10 h</u>



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador	✓	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	<u>Soro Soro FG</u>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Colutor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>100ml</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPi Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanoxat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Marcen	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Sufenta <u>descontados</u>		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	<u>Gessada 19 e 24</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Diplona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



4471

☐ Caixa Fixa

04

PEDIDO DE VENDAS

Nº

Materiais Médico Hospitalar EIRELI

NF Nº

Prontuário

Hospital

Vendedor

Paciente

Data

Médico

Instrumentador

Convênio

Procedimento

QUANT.

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

COD

V. UNIT.

V. TOTAL

01	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"	0702030406		
02	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
03	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
04	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
05	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
06	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
07	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
08	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
09	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
10	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
11	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
12	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
13	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
14	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
15	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
16	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
17	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
18	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
19	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
20	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
21	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
22	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
23	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
24	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
25	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
26	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
27	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
28	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
29	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
30	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
31	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
32	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
33	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
34	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
35	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
36	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
37	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
38	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
39	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
40	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
41	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
42	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
43	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
44	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
45	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
46	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
47	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
48	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
49	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
50	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
51	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
52	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
53	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
54	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
55	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
56	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
57	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
58	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
59	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
60	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
61	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
62	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
63	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
64	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
65	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
66	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
67	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
68	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
69	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
70	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
71	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
72	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
73	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
74	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
75	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
76	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
77	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
78	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
79	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
80	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
81	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
82	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
83	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
84	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
85	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
86	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
87	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
88	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
89	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
90	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
91	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
92	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
93	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
94	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
95	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
96	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
97	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
98	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
99	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			
100	1 UNID. 100% PL. 1/2" X 1/2" X 1/2"			

TOTAL

COND. DE PAGAMENTO

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

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromustda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	46388	PRONTUÁRIO	25512
DATA	30/05/2019	HORA	19:39
MÉDICO	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA	OPERADOR	MCARMO
PACIENTE	CESAR NILDO DE ANDRADE	IDADE	41a 9m

RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO: Distúrbios Gerais

CID-10: F06.0 Transtorno bipolar (6)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Revisão + Exame Extremo Gerais
Pain + Prescrição Tratam F

SOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port 306, 5/Quarto Interno

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Descontinuar a medicação

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito
() Residência () Atendimento domiciliar
() Transferência para _____

PATOS/PB, 14 DE 06 DE 2019

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7811
RGO 000000000

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Carlos Nildo de Lencastre

Da Clínica:

Unidade

Enfermaria:

16

A Clínica:

Cardiologia

Leito:

03

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

41

Data:

31, 05, 19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente sem queixas Cardiológicas
Não Conhecidos de uso medicamentoso

PA = 130 x 80 mmHg

ECG = Normal

Risco Cardio = Baixo Risco

Data:

31, 05, 19

[Assinatura]

Assinatura do Médico Especialista

ce

PRONT.: 25512 N°REQUIS.: 12512
PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADEEMIÇÃO: 31/05/2019
SEXO: M IDADE: 41

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método: NISON KONDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS: 3.830 milhões/mm³
milhões/mm³FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA: 11,4 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO: 34,9 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCM: 91,1 fL

NORMAL 80 a 100

HCM: 29,8 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM: 32,7 g/dL

NORMAL 31 a 35

RDW: 14,7 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS: 8.400 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

MIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

METAMIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

BASTONETES: 1 % 0084 /mm³ NORMAL 0 a 5

NORMAL 0 a 9000

SEGMENTADOS: 80 % 6720 /mm³ NORMAL 35 a 65

NORMAL 1800 a 8500

EOSINÓFILOS: 4 % 0336 /mm³ NORMAL 1 a 4

NORMAL 35 a 600

BASÓFILOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1

NORMAL 0 a 100

LINFÓCITOS: 10 % 0840 /mm³ NORMAL 25 a 45

NORMAL 875 a 4500

MONÓCITOS: 5 % 0420 /mm³ NORMAL 2 a 6

NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 124.000 mil/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA:

SÉRIE BRANCA:

SÉRIE PLAQUETÁRIA:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

mg

PRONTUÁRIO: 25512

Nº REQUIS.: 12512

EMIÇÃO: 31/05/2012

SEXO: M

IDADE: 61

PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE

GLICOSE JEJUM

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO: 139

mg/dL

ref

PRONT.: 25512 N°REQUIS.: 12512
PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE

EMIÇÃO.: 31/05/2019
SEXO.: M IDADE.: 41

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método.: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 15 seg.
T.P. Controle.....: seg.
Atividade.....: 89 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1,05
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 39 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
IAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Atendimento: 201900322130

Idade: 41 anos

Paciente: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data: 30/05/2019

Data de Nascimento: 25/08/1977

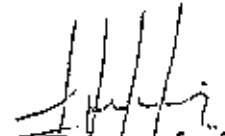
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 30/05/2019 19:27.


Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira
CRM 1585 - PB



Atendimento: 201900322130

Idade: 41 anos

Paciente: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data: 30/05/2019

Data de Nascimento: 25/08/1977

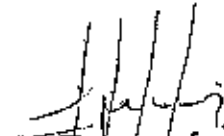
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 30/05/2019 19:27.


Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira
CRM 1585 - PB

Atendimento: 201900323342

Idade: 41 anos

Paciente: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data: 01/06/2019

Data de Nascimento: 25/08/1977

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Espessamento mucoso de seio maxilar direito.

Complexos ostiomeatais com aspectos anatômicos normais e permeáveis.

Conchas nasais de forma e dimensões dentro da normalidade.

Meatos e fossas nasais livres.

Septo nasal íntegro e sem desvios significativos.

Regiões coanais de aspecto preservado.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 01/06/2019 14:14.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

LAUDO PARA TESTE RÁPIDO

Nome do paciente: Leonaldo de Andrade

Sexo: ☒ M ☐ F Data do Nascimento: / / IDADE:

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DAS HEPATITES B E C

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

HEPATITE B:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

HEPATITE C:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE DENGUE E ZICA

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

ZICA VÍRUS:

Amostra Não reagente: ☐ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

DENGUE:

Amostra Não reagente: ☐ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

RESPONSÁVEL: [Assinatura] DATA: 02/05/19

Παραρτήματα:

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário _____ Data _____/_____/____ C.

Nome: César Nildo de Andrade

Sexo: () Feminino (X) Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____

Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

[illegible]

Aparelho Respiratório: _____ **Asma:** _____ **Bronquite:** _____

Aparelho Circulatório: _____ **Eletrocardiograma:** _____

Aparelho Digestivo: Jejum 28h Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Consciente Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fratura Tibio Distal Estado Físico: ASA 1 Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: Midazolam 5mg Aplicada às: _____ Efeito: _____

10:30 11:00 11:30

CÓDIGO	PV ARTERIAL-PULSO-SISTOLICO P.V.-ANESTESIA-OPERACAO		Símbolos e Anotações
02	260	(S.O.)	x
	240	(S.O.)	(X)
	220		
	200		
	180		
	160		
	140		
	120		
	100		
	80		
	60		
	40		
	20		

INDICAÇÃO

Satisf _____ Excit _____ Tasse _____

Laringo Espasmo _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____

Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na S0 _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com cânula	1
------------	---

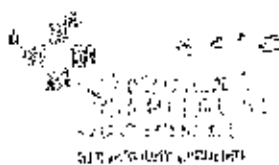
para a leito sim _____ não _____

Posição Decubito Lateral (E)

Agentes: Neocine 100mg 0.5% 15ml + Morfina 80mg Cânula: _____

Técnica Requiemetesia + punção lombar 43-64 Operação: Osteosintese de Fratura de tíbia do

Cirurgiões: Dr. Galdino Anestesiastas: Dr. Tavo



SECRETARIA
DE SAÚDE



TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, Cesar Nildo de Andrade, RG

2.281.718 Residente

Rua Capitão Joaquim P. Silva, Princesa Isabel^a

declaro ter sido informado, acerca de realização de exames sorológicos, e concedo realizar a coleta de sorologia.

Patos, 30 de 05 de 2019.

[Assinatura manuscrita]

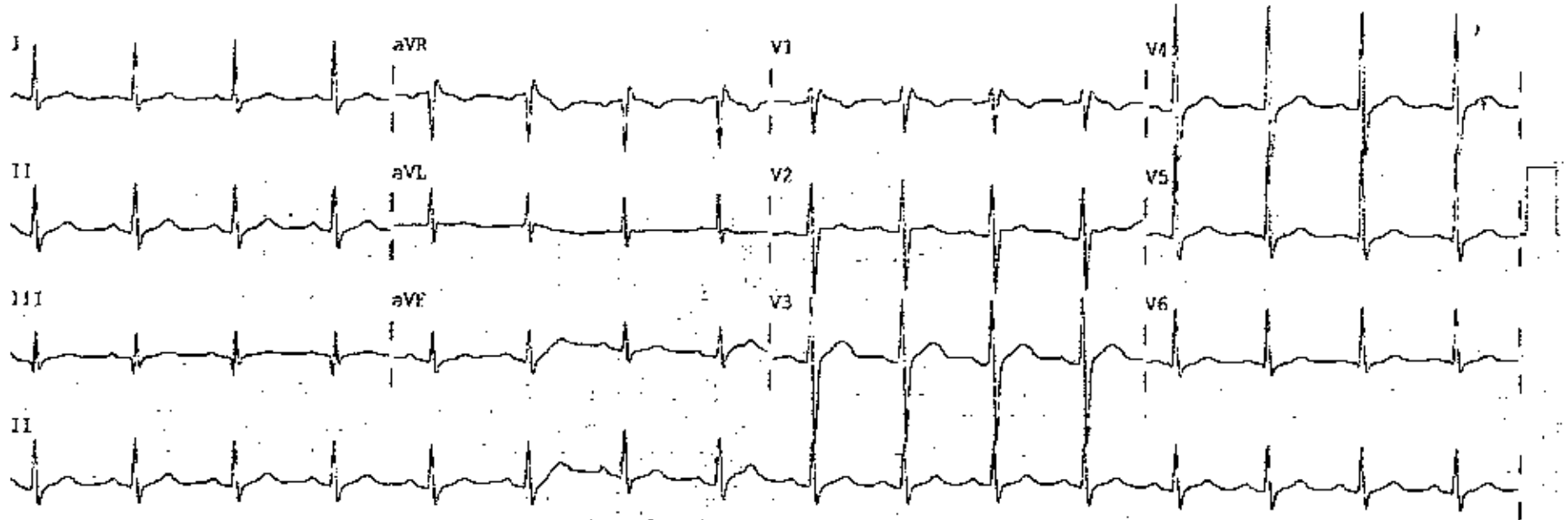
Assinatura do Paciente

Paciente, impossibilitado de assinar, sendo
assinado, autorizado por sua esposa.

21/05/2019 18:19:15

12 derivs: posicionamento padrão

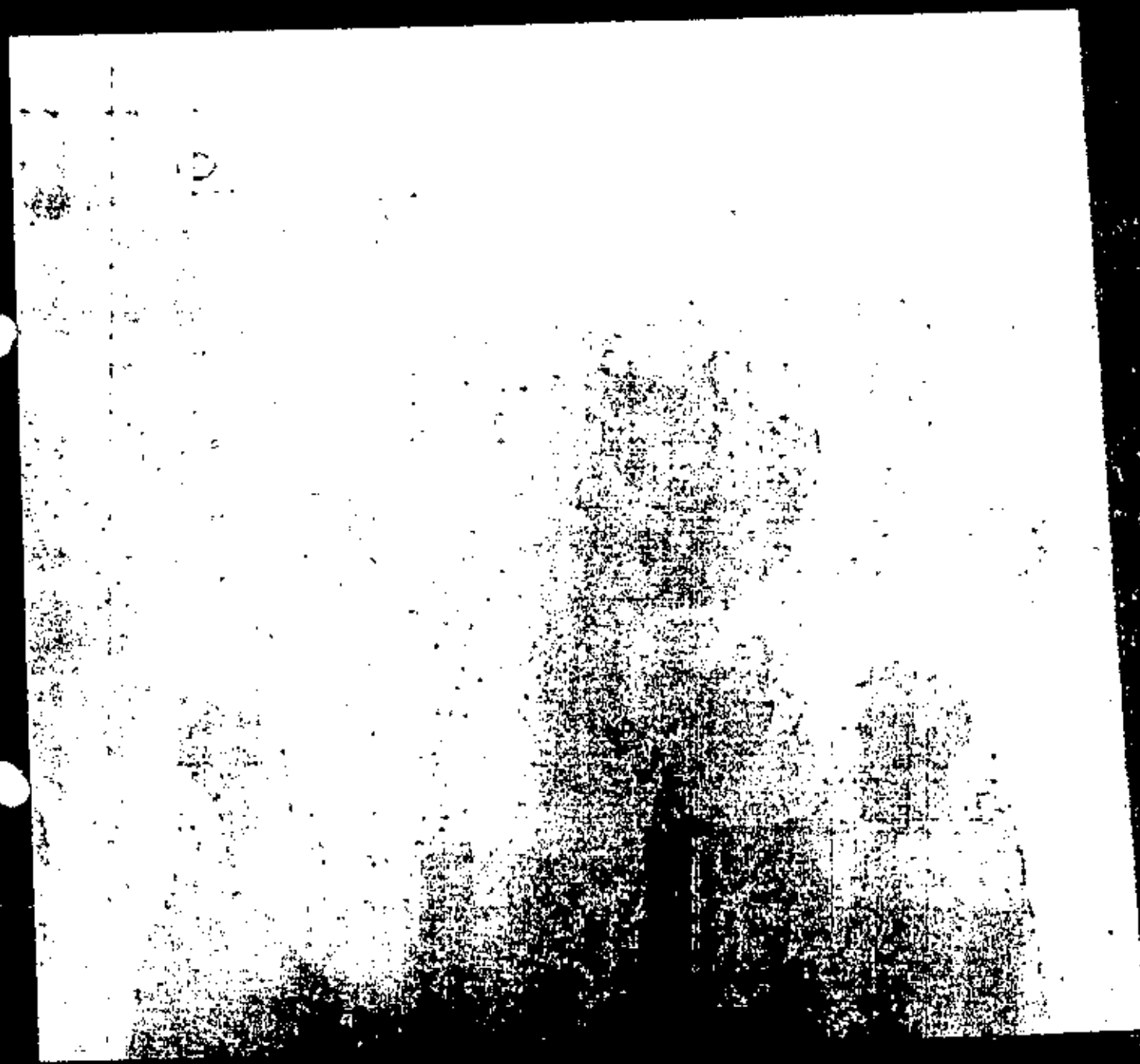
César Melo de Andrade - 1603



Equip: Veloc: 25 mm/s Membr: 10 mm/mV Tórax: 10 mm/mV

F 60- 0,15-100 Hz

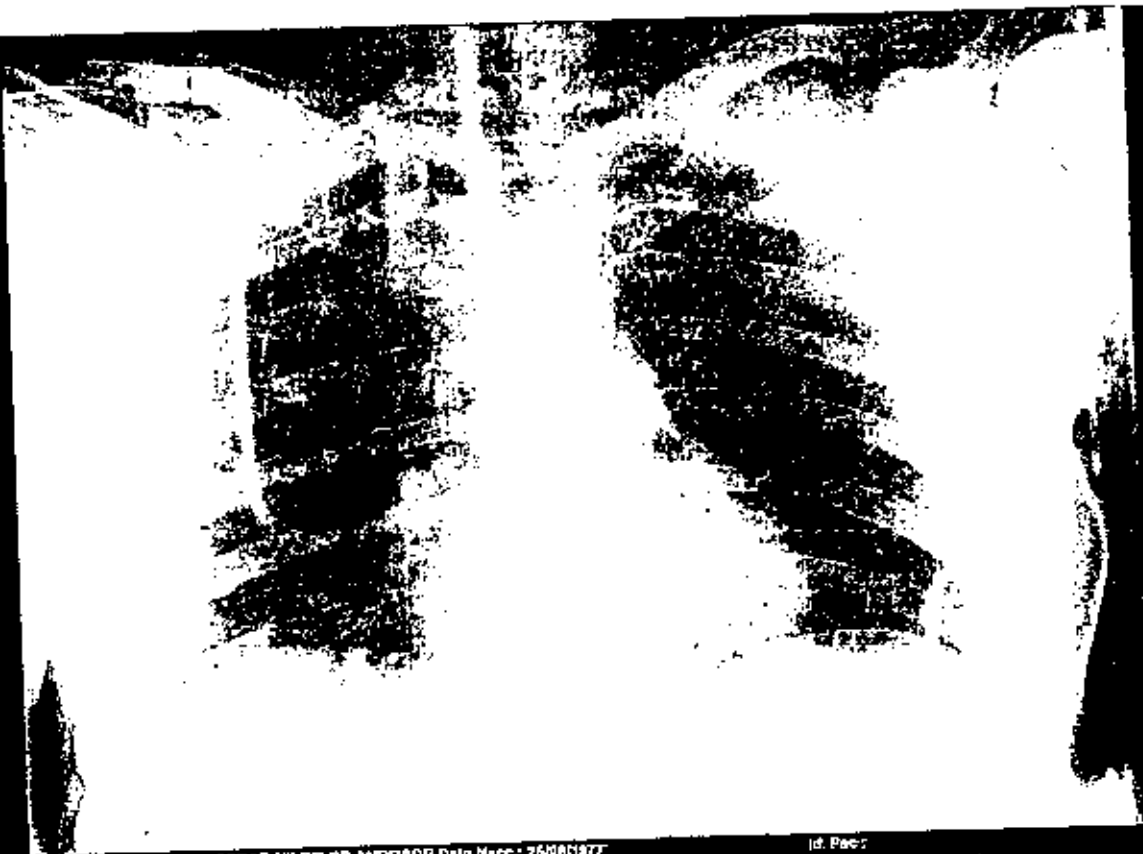
100B CL



Nome: CESAR NILDÓ DE ANDRADE Data Nasc.: 26/08/1977
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.:
30/06/2019 18:54:56

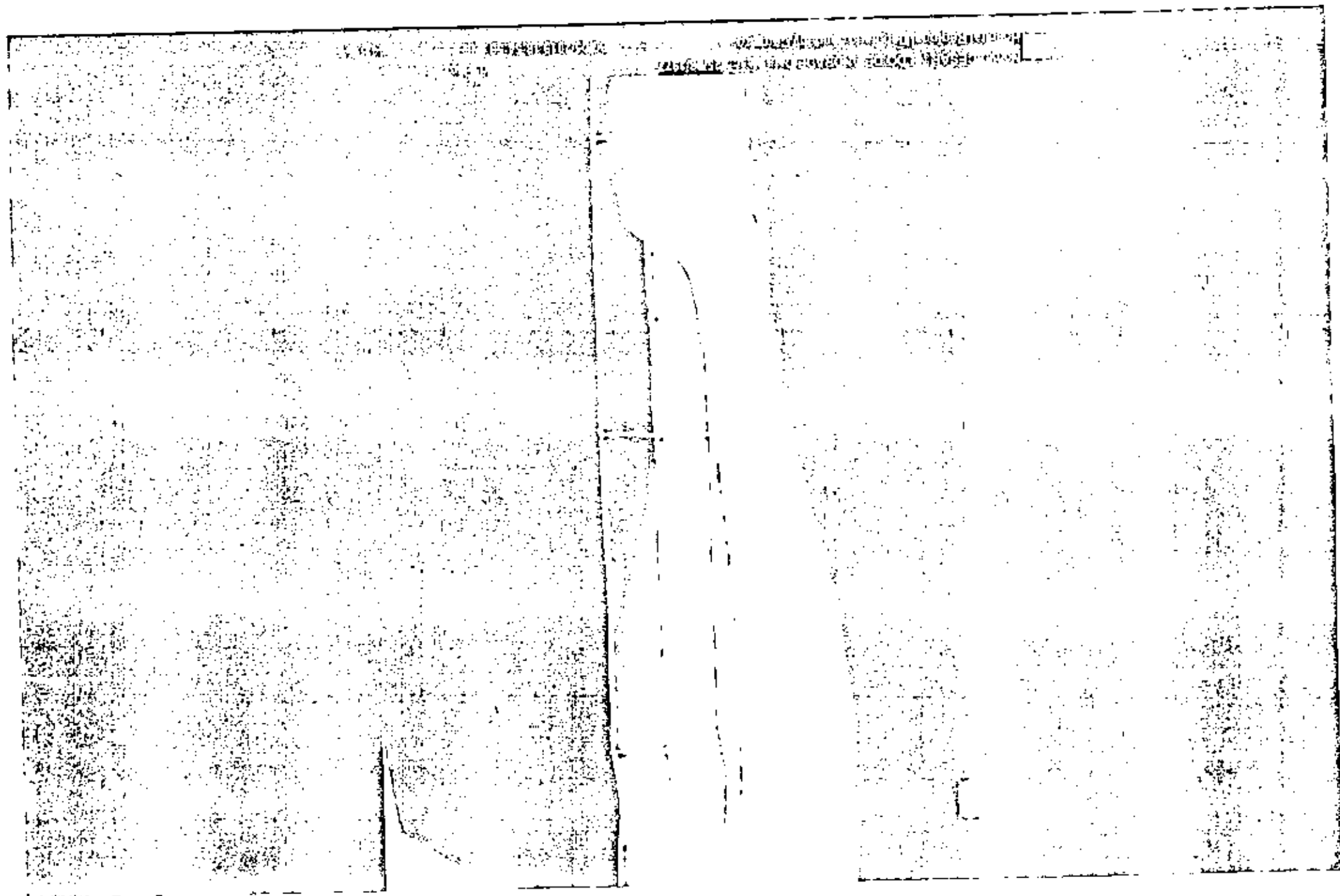
60,0 %

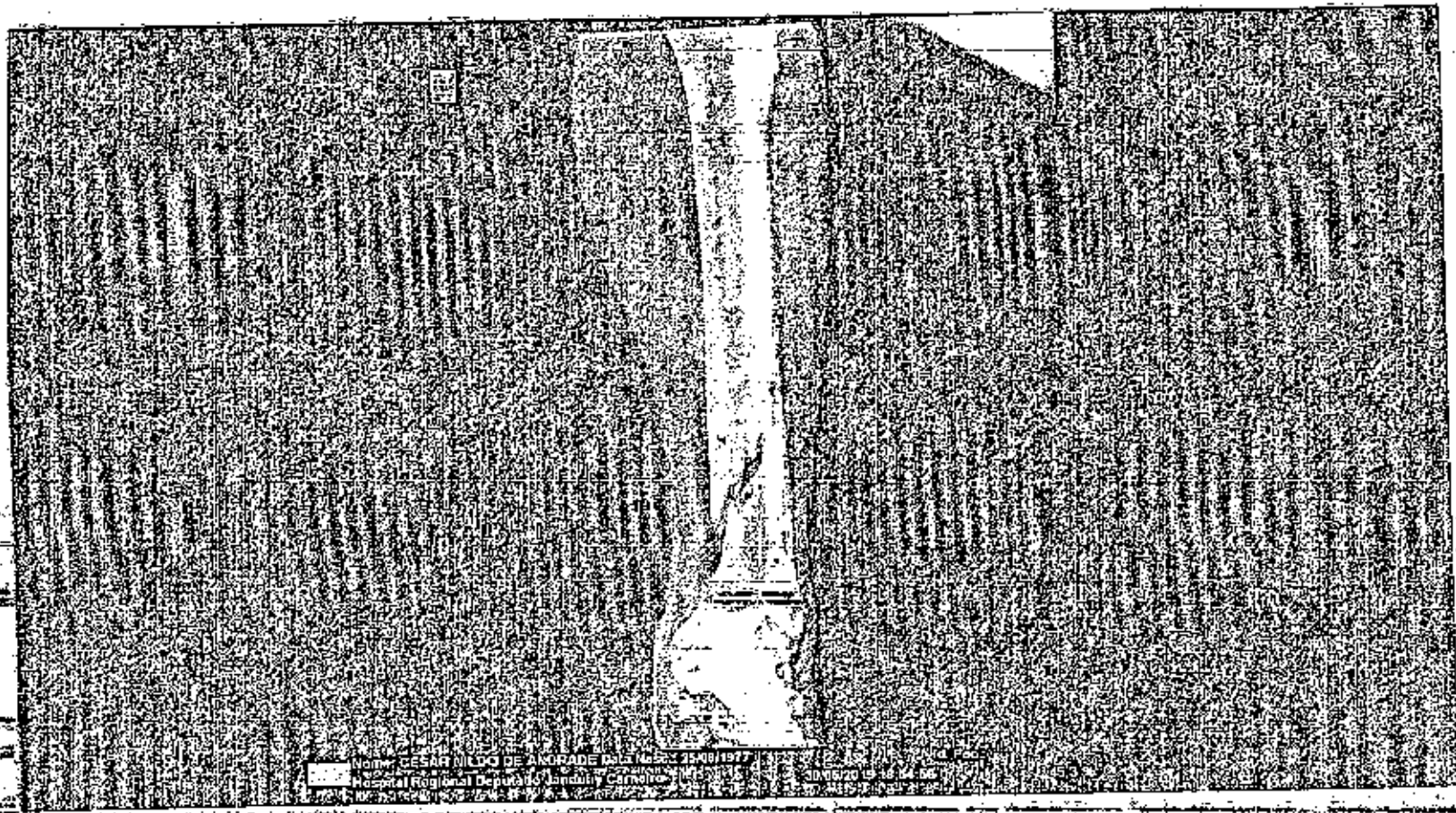


Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nas: 26/08/1977
Hospital Regional Deputado Jandery Carneiro

Id. Pac: 30/08/2019 18:44:56

55,3 %





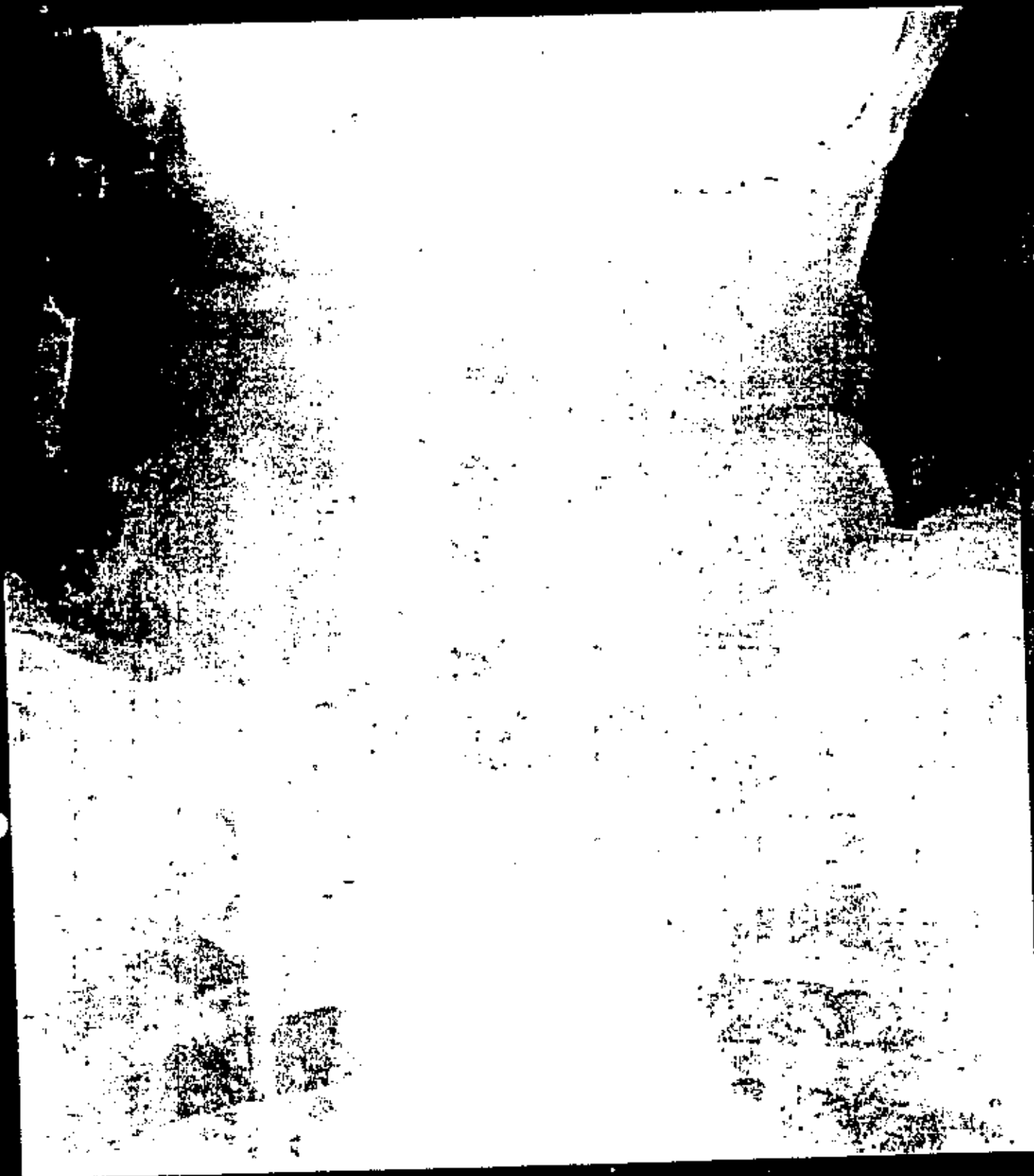
Nombre: CESAR NILO DE AMORADO DIAZ / Edad: 25 años / 1977
Hospital Regional de Puerto Llanillo / Carmelito / 301020 / 10-10-2010

Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 26/08/1977
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

30/05/2019 18:54:56

Id. Pac.:

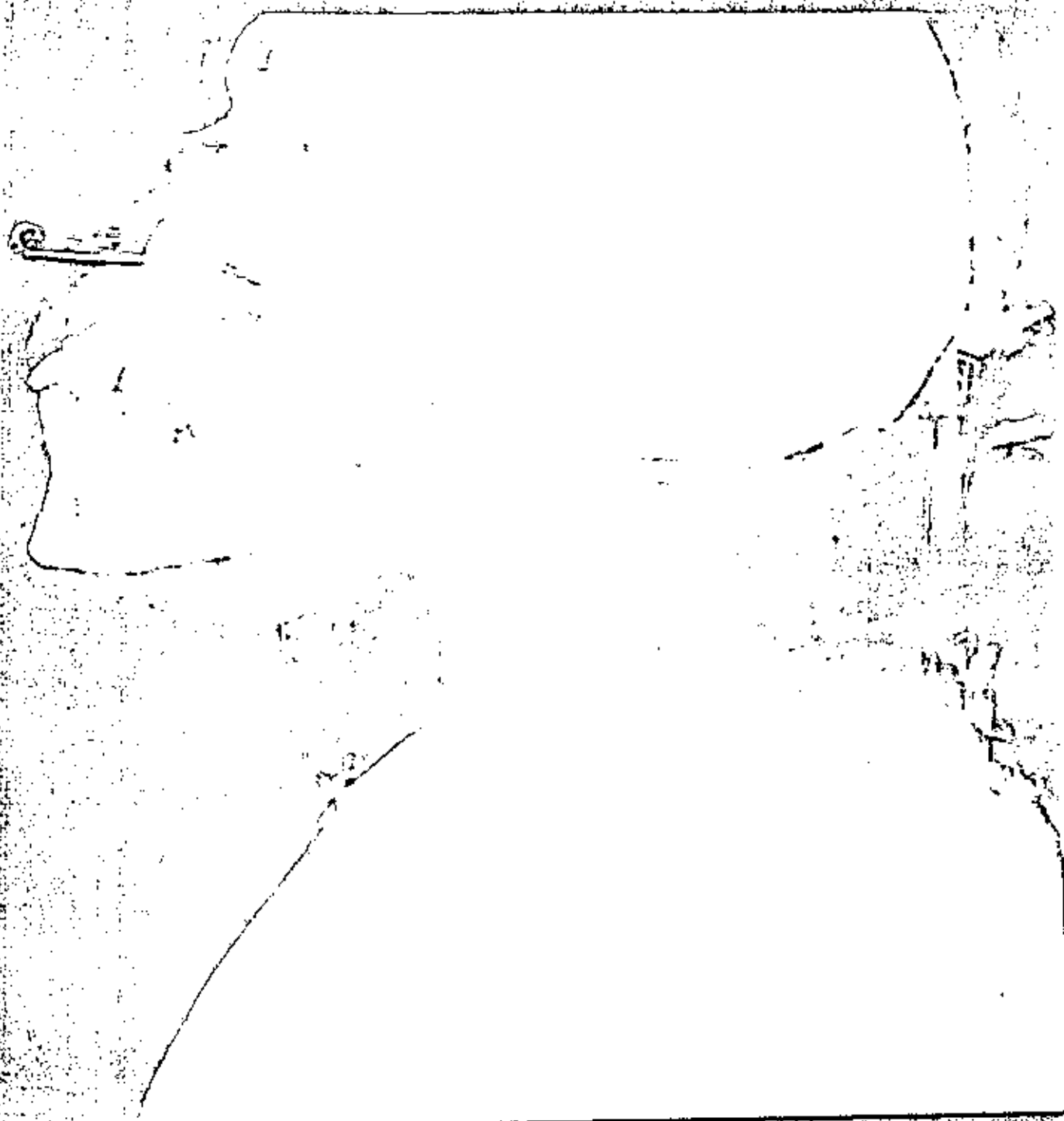
80,0 %



Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 25/08/1977
Hospital Regional Deputado Jandúhy Carneiro

Id. Pac.:
30/05/2019 18:54:56

85,3 %



Nome: CESAR NILO DE ANDRADE Data Nasc.: 26/08/1977
Hospital Regional Deputado Jandirny Carmeto

Cl. Pac.

30/09/2019 18:54:66

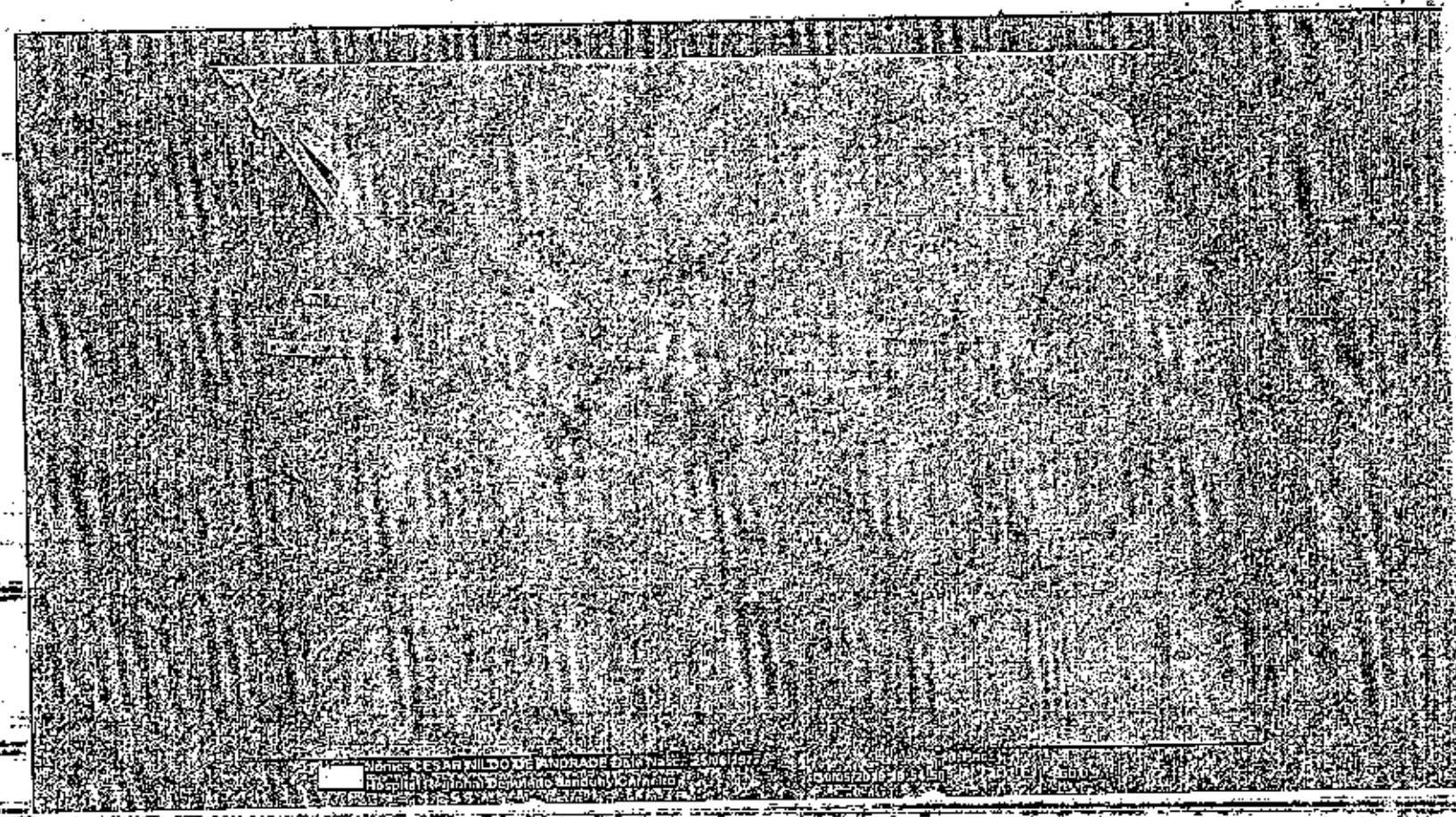
56.2%

PACIENTE SEM
CONDICÖES FISICAS
DE REALIZAR O PERFIL.

Nome: CESAR ALDO DE ANDRADE Data Recor: 20.03.97
Resumo: Resposta de perfil de condicoes fisicas.

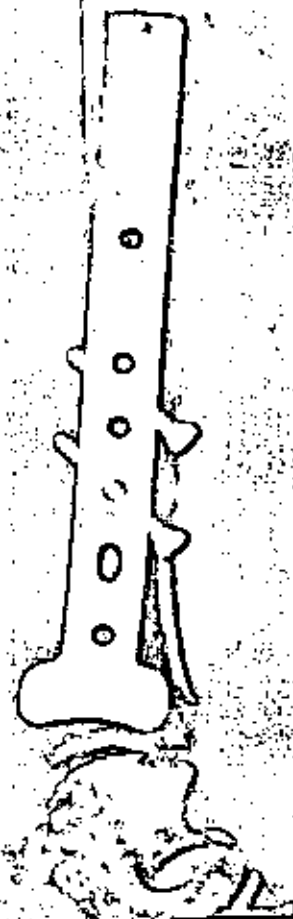
QUADRO DE RESUMO

27/04



NOTA: CESAR WILDO DE ANDRADE DE NAC. 20/01/1977
RUELA RAMON DE ANDRADE DE NAC. 01/01/1977
C/ALFONSO DE NAC. 01/01/1977

CONSEJO DE NAC. 01/01/1977
C/ALFONSO DE NAC. 01/01/1977

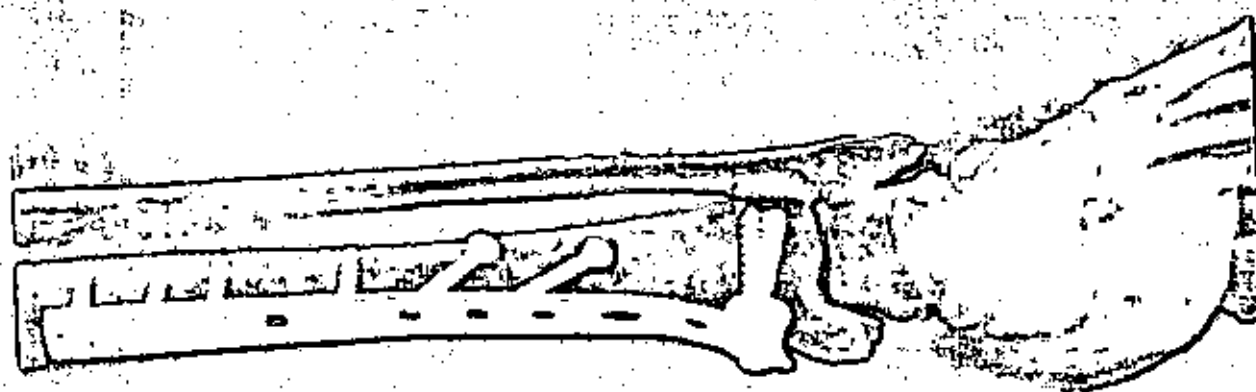


Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 25/08/1977
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

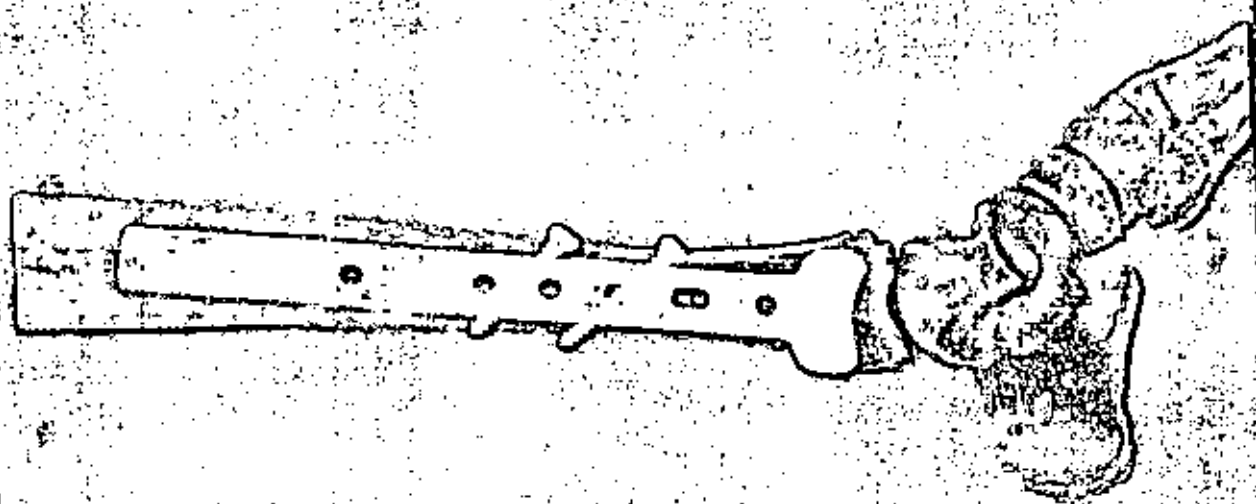
11/08/2019 20:32:03

Cl Pac: 00000020004

55.1%



IC Pac: 00000020064 57.3 W
17/05/2019 20:37:03



Nome: CESAR NILO DE ANDRADE Data Nasc.: 25/03/1977
Hospital Regional Deputado Jandinho Camargo