



Número: **0800097-87.2021.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **20/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO LUIZ NETO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146136	05/02/2021 14:33	2782257_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO LUIZ NETO

Nº Sinistro: 3180312794
Vitima: GERALDO LUIZ NETO
Data do Acidente: 10/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312794**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13089922

Pag. 00691/00692 - carta_01 - INVALIDEZ



00020346



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO LUIZ NETO

Nº Sinistro: 3180312794
Vítima: GERALDO LUIZ NETO
Data do Acidente: 10/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312794**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01725/01726 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13092827





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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180312794

Vítima: GERALDO LUIZ NETO

Data do Acidente: 10/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GERALDO LUIZ NETO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00185/00186 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13794287



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 325.971.458-83	Nome completo da vítima Geraldo Luiz Neto
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Geraldo Luiz Neto	CPF titular da conta 325.971.458-83	Profissão Amaior de idade
Endereço Sítio Petreire	Número 314	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade Pedra Branca	Estado PB
Email sertao-assessoria@hotmail.com	CEP 58.790-000	Telefone (DDD) 83 999471520/99697891

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ Agência: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)	
Agência NRO: 3571 D/V: _____ (Informar dígito se existir)	Conta NRO: 23879 D/V: 7 (Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	

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

Heperanga 28 de Abril de 2018.
Local e Data

X **Geraldo Luiz Neto**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 271 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão de Veículos e Atropelamento

DATA DO FATO: 10 / ABRIL / 2018 **HORAS:** 8h30min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. GLEHERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

GERALDO LUIZ NETO, brasileiro, natural de Acopiara-CE Casado, Armador de Ferragem, nascido no dia 08/MAIO/1985, filho - de José Luiz Neto e Josefa Izabel da conceição, RG 56.813.245-2 - SSP/SP e CPF 325.971.458-83, residente no Sítio Letreiro, área rural de Pedra Branca/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

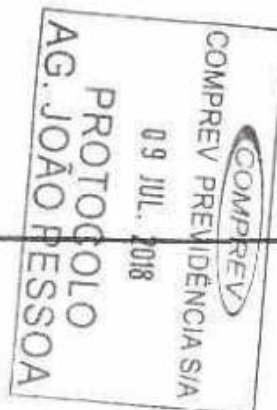
Que no dia e horas acima citadas, seguia de sua residência para - Itaporanga/PB, Rod. PB 356, no CARONA da motocicleta HONDA/NXR150-BROS KS, cor Preta, Ano 2009, Placa OFD7300/PB e chassi 9C2KDO430-9R016590, em nome de FRANCISCO GOMES DE ARAUJO e conduzida na ocasião por sua esposa 'MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA', portadora do RG 3.395.418/SSP/PB e CPF 083.525.244-29, e em um setor desta Rodovia, outro veículo que vinha em alta velocidade avançou na contra-mão colidindo com seu veículo, onde o causador do acidente, acionou o SAMU para atendimento de ambos.



ITAPORANGA/PB, 27 DE ABRIL DE 2018.

X *Gerardo Luiz Neto*
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Fco. Silva Rodrigues
Esc. Policial W. 502/55
C/31 de 12/10/10



 GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA POLÍCIA MILITAR COMANDO DE POLÍCIAMENTO REGIONAL II BPTRAN / 4ª CPTRAN / 1ª PPTRAN			
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº					
UOP/SUOP:		Data Ocorrência: 10/04/2018 Hora: 08h40min		Endereço da Ocorrência: PB 356 (Sentido Pedra Branca, PB)	
1ª PPTRAN - 4ª CPTRAN - BPTRAN				Nº CIOPIPOM:	
Ponto de referência: Curva px ao Galpão					
Natureza da ocorrência: Colisão V/L (Informativo)				Código Ocorrência	
Comandante da Guarnição: CB Medeiros				Prefixo da Viatura: VTR 6524	
Nome Motorista:		Nome Patrulheiro 1: SD Figueiredo		Nome Patrulheiro 2:	
Solicitante: Não identificou-se				Nº tel. Solicitante:	
Endereço Solicitante: Itaporanga - PB					
VÍTIMA (S)					
Nome Completo: Geraldo Luiz Neto (Contato: 98625.5897) (Condutor da Moto)				Data de Nascimento: 08/05/1985	
Nome Completo Genitora: Josefa Izabel da Conceição				Nº RG / Órgão Expedidor: 56.813.245-2 SSP-SP	
Endereço Completo: Sítio Letreiro - Pedra Branca, PB				Nº CPF: 325.971.458-83	
Ponto de Referência: Proprietário do Bar Pingo de Ouro				Nº CNH:	
Informações Biométricas:				Profissão: Comerciante	
Cor da pele:		Altura Estimada:		Cor dos Olhos:	
Marcas Características (assinalar):				Complacência Física () Normal () Magro () Gordo () Nenhum:	
() Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:					
Descrever Marcas Características:					
Nome Completo: Maria do Socorro Ferreira da Silva				Data de Nascimento:	
Nome Completo Genitora:				Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço Completo: Sítio Letreiro - Pedra Branca, PB				Nº CPF:	
Ponto de Referência: Proprietária do Bar Pingo de Ouro				Nº CNH:	
Informações Biométricas:				Profissão Declarada: Comerciante	
Cor da pele:		Altura Estimada:		Cor dos Cabelos:	
Marcas Características (assinalar):				Cor dos Olhos:	
() Tatagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:				Complacência Física () Normal () Magro () Gordo () Nenhum:	
Descrever Marcas Características:					
VÍTIMA					
Nome Completo: Anthony Soares Neves (Condutor do Carro)				Data de Nascimento: 12/05/1986	
Nome Completo da Genitora: Ana Maria Soares Neves				Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço: Rua Felinto Evangelista Primo nº68 - Itaporanga, PB				Nº CPF: 055.648.014-74	
Ponto de Referência: por trás do Fórum				Nº CNH:	
Nº Telefone (s): 99659.3368				Profissão Declarada: Contador	
Nome Completo:				Data de Nascimento:	
Nome Completo Genitora:				Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço Completo:				Nº CPF:	
Ponto de Referência:				Nº CNH:	
Nº Telefone (s):				Profissão Declarada:	
TESTEMUNHAS					
Nome Completo: Maxwell de Queiroz, Estin				Data de Nascimento:	
Telefone: 99844.3699				Nº RG/Órgão Expedido	
Endereço Completo: Rua Sebastião Pedro - Bela Vista - Itaporanga, PB				Nº CPF:	
Ponto de Referência: Trabalha no Galpão na PB 356				Nº CNH:	
Nome Completo: Antônio de Pádua				Profissão Declarada: Aux. de Serviço Gerais	
Nº Telefone(s):				Data de Nascimento:	
Nº RG/Órgão Expedidor				Nº CPF:	
Endereço Completo: Piancó, PB				Nº CNH:	
Ponto de Referência: Trabalha no Galpão na PB 356				Profissão Declarada: Aux. de Serviço Gerais	
ARMAS(S) DE FOGO APREENDIDA(S)					
TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENSÃO CANO:

AG. JOÃO PESSOA
 PROTOCOLO
 09 JUL 2018
 COMPREENDI



TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENSÃO CANO:
CARTUCHO(S) APREENDIDO(S)					
QUANTIDADE:	CALIBRE:		TIPO:		
QUANTIDADE:	CALIBRE:		TIPO:		
VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE: 01- Carro - Hyundai Veloster - Preta - 2012/2013 - Placa: PGU-8749/PE 02- Honda NXR 150 Bros - Preta - 2009/2009 - Placa: OFD-7300/PB					

RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA:

Relato que hora e data acima citados, este Agente de Trânsito foi Solicitado via Copom dizendo o mesmo que havia ocorrido um acidente de trânsito na PB 356 (Sentido Pedra Branca PB) próximo ao Gulpão, que ao chegar no local foi constatado que se tratava de uma Colisão com vítimas lesionadas, entre um carro e uma motocicleta, o condutor da Motocicleta e a passageira (Esposa) teve segundo relato de populares, fratura nas pernas e foram socorridos pelo Samu até o hospital local, o Condutor do carro relatou que ia no sentido Itaporanga - Pedra Branca, quando a 1 KM, em uma curva, disse que um pássaro bateu na lateral direita do veículo vindo a assusta-lo e ele veio a invadir a contra mão, vindo a atingir as duas vítimas que vinham na motocicleta, sentido Pedra Branca - Itaporanga. Que de imediato solicitou o Samu para atender as vítimas. Os dois veículos foram liberados no local, o carro por estar em dias e foi entregue ao proprietário e a motocicleta não estava em condições de circular devido as avarias e nem de como o trânsito fazer a remoção, a motocicleta foi entregue a um parente da vítima, o Sr José Lindoberto Souza Lima residente: Depois do Alto Paraíso - Pedra Branca PB (Contato: 99688.2136), os mesmos ficaram de fazer um acordo posteriormente no tocante a avarias dos veículos constando neste Boletim todos os contatos das partes envolvidas. Este B.O. Informativo foi confeccionado e entregue na D.P. Local para informação e as devidas providências cabíveis.

No exercício legal da minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado _____, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso _____.

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s) testemunha(s)

Condutor: _____

1ª Testemunha: _____ 2ª Testemunha: _____

Cmt. da Guarnição: **CB Medeiros** Posto e Graduação: **SD** Matrícula: **521.143-3**

Recebi às 10 h 30 min, de 10 / 04 / 2018, o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Nome: SERGIO LUIZ DE SOUSA Matrícula: 132322-7 Assinatura: [Assinatura]



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Gerardo Luiz Neto</i>	CPF da Vítima <i>325.971.458-83</i>	Data do Acidente <i>10/ Abril/ 2018</i>
---	--	--

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>sertao_assessoria@hotmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>83 999471520/996978811</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Itaperanga, 28 de *Abril* de 2018
Local e Data

X Gerardo Luiz Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





PREFEITURA DE
ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 10/04/2018 ID: Paciente: Geraldo Luiz Neto Idade: 32 Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: BR- Bairro: Médico Regulador:
Abordagem no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trota ☐ Nenhum ☐ Outro
QTA: ☐ Socorro por terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico	HISTÓRIA DO PACIENTE Sinais e Sintomas: <u> </u> Alergia: <u> </u> Medicação: <u> </u> Passado Médico: <u> </u> Líquidos e alimentos ingeridos: <u> </u> Ambiente onde ocorreu o trauma: <u> </u>
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento	
<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda <u> </u> metros	
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pele Fria ☐ Pele Úmida ☐ Isocórica ☐ Anisocórica ☐ Miótica ☐ Dor
☐ Midríase ☐ Dispnéico ☐ Taquipnéia ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ Fratura ☐ Contusão ☐ PCR

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Transferência/Destino:

Local: URP (Rato) Responsável: Paciente 184 Função: médico

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

PA: 120 x 70 mmHg FC: 86 bpm FR: irpm SpO₂: 99 % T: Glicemia Capilar: 98 mg/dl Coma:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☐ Deambulação prejudicada ☐
Débito cardíaco diminuído ☐ Desobstrução ineficaz das VVAA ☐ Disortetia ☐ Autônoma ☐ Dor aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐
Integridade da pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à atividade ☐ Mucosa oral prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Perfunção tissular cerebral ineficaz ☐ Perfunção tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Perfunção tissular gastrointestinal ineficaz ☐ Perfunção tissular renal ineficaz ☐ Termoregulação ineficaz ☐ Troca de gases prejudicada ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐
Volume de líquidos deficientes ☐ Volume excessivo de líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Percepção sensorial perturbada ☐
Intenção social prejudicada ☐ Incontinência intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação

Intervenções:

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de acidente de moto, consciente, apresentando corte com indicação de sutura no antebraço direito e luxação de patela e tibia. Foi realizada a RVP com SKL e identificação da Equipe: SF e admin. clamping de tórax com um sequênci de PI o HDS onde foi regulado vácuo PI HR 180. Foi final da a imobiliza de membro

Médico:

Enfermeiro(a): Jessica Luana

Téc. de Enfermagem: Alexandro

Sielde

CRM:

COREN:

COREN:

Jessica Luana Bidô Jerônimo
Enfermeira



Encaminhamento:

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Recusa:

Nome: _____

Assinatura: _____

RG/CPF: _____

Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemedico):**Evolução clínica:****Diagnóstico médico:**

Procedimentos realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação naso/orotraqueal ☐ Cefalea de origem ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação mecânica (manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de oxigênio O2 ☐ Drenagem torácica ☐ Massagem cardíaca externa
☐ Desfibrilação/cardioversão ☐ Controle de hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção venosa ☐ Sondagem gástrica ☐ Sondagem vesical
☐ Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar cervical ☐ Outros _____

ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)**Exame Gineco-Obstétrico** ☐☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

BPA/Procedimentos

USA - 03:

Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

BPA/Procedimentos

USA - 06:

Código	03.01.03.010-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: _____**Quantidade:** _____**CBO: Enfermeiro:** _____**Técnico:** _____**Médico:** _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA
SIT. LETREIRO, S/N - ÁREA RURAL
PEDRA BRANCA / PB CEP: 56790000 (AG 104)

Emissão: 07/05/2018 Referência: Mai / 2018
Classe/Suppl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Grupo Redador - João Pessoa - PB - CEP 58071-580
Roseiro 1 - 158 - 651 - 4280 Nº medidor: 00005228257

ENERGISA PARAIEN - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.035.183/000140 - Ins. Est. 16.015.525-0

Nota Fiscal / Contrato de Energia Elétrica Nº 005.974.197
Cód. para Deb. Automático: 00010666428

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RAN
Mai / 2018	07/05/2018	06/06/2018	8352524429 <small>Inst. Est.</small>

UC (Unidade Consumidora):

5/1066642-8



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 RUA MANOEL PEREIRA CANA, 56 - CENTRO
 ITAPORANGA/PB CEP: 56700000 (Aq. 154)

Emissão: 09/02/2018 Referência: Fev/2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B230, kVA 25 - Círculo Redutor: José Pessoa/PB - CEP 56071-000
 Retiro: 7 - 154 - 25 - 3890 NF medidor: 00006205001

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ 09.995.193/0001-40 - 960 Est. 19.015.920-0
 Notificação / Contrato de Energia Elétrica Nº 01.967.699
 Cód. para Dtb. Automático: 00000278834

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2018	09/02/2018	14/03/2018	3924708409 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

- Levou choque na chuva? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não divida e faça o serviço. De um banco de segurança.

- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate. Não inocular transmissão de dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/01/18	9884	09/02/18	9889	5	5	28

Demonstrativo						
Cód. Descrição		Quantidade	Valor Base Cód. Atividade (com IPI)	Base Cód. Faixa (R\$)	Tarifas (R\$)	
			Tributos Totais (R\$): ICMS (R\$) IPI (R\$)		Impostos (R\$) (1.0299%) (R\$ 1094,16)	
0901	Consumo em kWh	75,000 0,720233	54,01	54,01 25	13,00	54,01 0,82 2,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA		0,18	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MOROSIDADE		3,08	0,00 1	0,00	0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 01/2018		0,88	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 09 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geraldo Luiz Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.971.458 / 83, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Geraldo Luiz Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.971.458 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

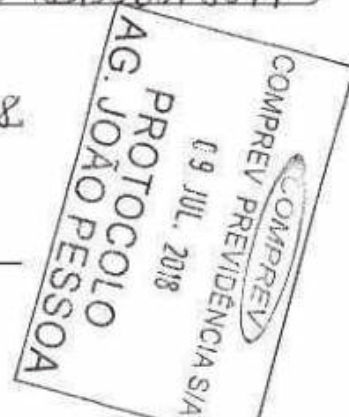
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>sertao.asessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaperanga 28 de Abril de 2018
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DLDR01 V001/2017





Dr. Goldencio

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: HD-Itaporanga
PARA: HRP
ENCAMINHO: Guilherme Luiz Neto IDADE: 32a, mais
RESIDENTE: Pedra Branca
MUNICÍPIO: _____ UF: _____
PA 100x60 MM/HG TEMP _____ °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente vítima de acidente automobilístico, admitido consciente porém disorientado, respirando em ar ambiente, apresentando fratura tibial e possível fratura de colo de fêmur; com rotação anômala do M.I. Realizada infusão de cristalóides e analgesia.

101041 JK

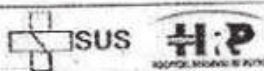
HORA: Sh

Dra. André Freitas
Médica
CRM-PB 11.323

COMPREV
COMPREV FREQUÊNCIA S/A
09 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Av. Osvaldo Cruz - 183 - Centro - CNPJ: 08.778.208/0018-09 - Fone (83) 3451 - 2297 Fax (83) 3451 - 3058
CEP: 58.780-000 - Itaporanga-PB





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.266.0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendim.: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Class. Risco: AMARELA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA Reg.: N
Paciente: GERALDO LUIZ NETO Enc.: N
Nome Social:
Filiação I: JOSEFA IZABEL DA CONCEICAO Filiação II: JOSE LUIZ NETO
Nascimento: 8/5/1985 Idade: 32 Cor: PARDA Gênero: HOMEM CIS
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: SÍTIO LETREIRO Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)9636-7852
Cidade: PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004
CNS: Ident: 568132452 Reg. Nasc.:
CPF: Recep: RICARDO Cod. Pac.: 109703
Data / Hora: 10/4/2018 11:18:54 Ficha: 249173
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

PESO: PA: TEMP.:
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Plano de Atendimento de
Caso. 10/4/2018
10/4/2018
Atendimento de
Médico: FARMACIA!

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

H11 Min 30

SOLICITAÇÃO DE PARECER

OITAVIANO

PROCEI

MATERIAIS - M

OBSERVAÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃOMédico:
RALFF LOPES DE MEDEIROS PER

CARÁTER

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TR
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PAR
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENEN

SERVIÇOS REAL

1 -	0	3	0	
2 -				
3 -				

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

☒ INTERNAÇÃO ☐ ALTA A PEDIR
☐ TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM:

Letra ilegível n





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 29741

Data/Hora 10/4/2018 11:42:08

Prontuario: 109703
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: AMARELA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente GERALDO LUIZ NETO

Idade: 32 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I JOSEFA IZABEL DA CONCEICAO

Filiação II JOSE LUIZ NETO

Endereço

Cidade PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004

Endereço: SÍTIO LETREIRO

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: ACOPIARA - CE

Fone: (83)9636-7852

N:

Documentos

CNS: 704-8030-1528-1348

Identidade: 568132452

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 8/5/1985

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

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

AC DE NETO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

faturar extrato tomografia

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: 26/04/18

Hora: 01 H 00 Min

Motivo: () Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SIA
09 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Osvaldo Luiz Neto	Nº prontuário	
Data da Cirurgia	10/4/18	Enf.	
Cirurgião	Dr. Garçoni	1º Auxiliar	Dr. F. J.
Anestesiista	Dr. Marcone	Tipo de Anestesia	Enferme
Diagnóstico Pré-Operatório	fratura exposta de fêmur		
Tipo de Cirurgia	+ luxação do art. hip. E)		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista	Lmc + fratura do		
Exame Radiológico no Ato	membro superior +		
Acidente Durante a Cirurgia	Zona de enf. E)		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

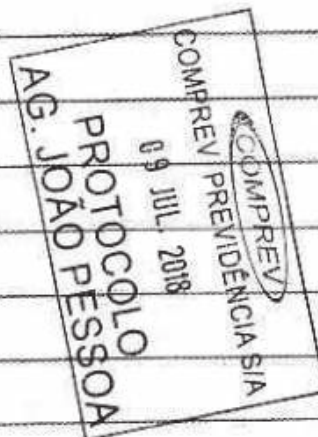
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado	Aspecto Visual
1) Ponte a m. de	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 09 JUL 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
2) Duf. a m. + enf.	
3) Lmc + fratura + enf.	
4) ZONA E)	
5) Zona enf. E)	
6) ZONA + enf.	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Armando Luiz Neto</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>29/04/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Luiz Henrique</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. João Luiz</u>	
Anestesiista: <u>Dr. David</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fístula de íleo cecal ulcerada (E)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Fto. cecal</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

Realizada em sala de cirurgia / Aberto por fístula e com
por laparoscopia / Realizada em fístula ulcerada / Modificada
ligadura e fístula ulcerada, a fístula e fístula
ulcerada e fístula / Sutura e sutura

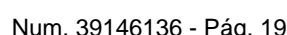
[Signature]




HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

100

09
PRO
AG. JOÃ



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE <u>Gerardo Luiz Neto</u>				GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
21	LEITO	CONVÊNIO	IDADE <u>32</u>	REGISTRO <u>109703</u>
CIRURGIA <u>Trat. de prol. de Uter. e</u>			CHEFE <u>Dr. G. S. S. S.</u>	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
ANESTESIA <u>Diagnóstico e tratamento de</u>			ANESTESISTA <u>Dr. T. A. S.</u>	
INSTRUMENTADORA <u>Silviano</u>			DATA <u>24.06.18</u>	
			HORÁRIO <u>11:50</u>	FIM

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Instrumentador	<input checked="" type="checkbox"/>	Equipo p/ soro e sangue
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Gafnógrafo		Scalp
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Bomba de Infusão	<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sals	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
	Neocain	<input checked="" type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclon		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
<input checked="" type="checkbox"/>	Dorminid		Éter Sulfúrico
<input checked="" type="checkbox"/>	Fentanil 0.05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
<input checked="" type="checkbox"/>	Xilocaína a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Esparadrão
	Etodimide		Xilocaína Gel
<input checked="" type="checkbox"/>	Ketalar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
<input checked="" type="checkbox"/>	Pubicovaina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI Tintura
	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcolin	<input checked="" type="checkbox"/>	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine	<input checked="" type="checkbox"/>	Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Pleth		Cat-gut simples 0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	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 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	<input checked="" type="checkbox"/>	Nylon 2-0

AG. JOAQUIM
PROTOCOLO
09 JUL 2018
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A



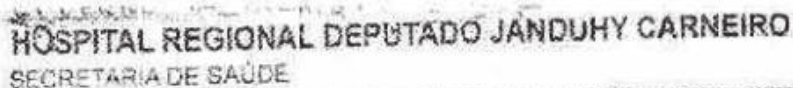


HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

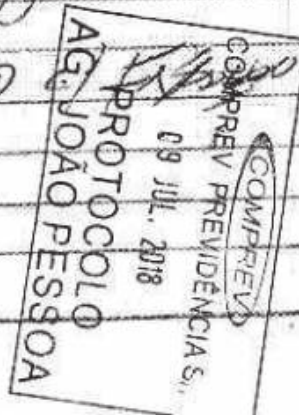
FOLHA DE ANESTESIA		Enfermidade		Leite		Nº Prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor	
Guldo Nys Neto							
24/04/18		120 x 60 / 96		esp		ef	
Tipo Sangue		Hemógl		Hematócr		Ureia	
Urina		Asma		Bronquite		Dúctos	
Ap. Respiratório		Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
NDN				PRN			
Ap. Digestivo		Dentes		Pescoço		Ap. Urinário	
JEJUM OK							
Estado Mental		Ataxia		Corticóides		Alergia	
CONSCIENTE						Hipotensão	
Diagnóstico Pré-Operatório		L1 ank by csg		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anterior		Medicação Pré-Anestésica		Aplicada em		Estado	
		MIDAZOLAM 5-Mg					
Líquido		02		INDUÇÃO			
(SF) (SF)				Satur		Estat	
				Tosse			
				Laring Espasmo		Lente	
				Náuseas		Vômitos	
				Queros			
				MANUTENÇÃO			
				Cefazolina 2g		Dexamet. 8mg	
				Efortil 10mg		Tenoxicam 20mg	
				Anestesia Sátil		Diazepam 2g	
				Ondasetron 8mg			
				Não, porque?			
				DESPERTAR			
				Reflexos no S0			
				Obstr.		CO2	
				Náuseas		Vômitos	
				Queros			
				Com cânula			
				para o leito em			
				CONDIÇÕES			
				Cânula			
Símbolos e Anotações		90		AG. JOÃO PESSOA		COMPREV PREVIDENCIA S/A	
Posição				PROTÓCOLO		09 JUL. 2018	
Agente		NEOCAINA 0,25% PESADA + LIDOCAINA 1% 40ml		LIDOCAINA 1% 20ml			
Técnica		BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL, INTERESCALENICO E AXILAR					
Operação		tho cy pt atch by csg					
Cirurgião		Dr. Janduí					
Anestesiologista		DR. TAVIO LEAL					
Observações							
Anotar no verso, as condições pré-operatórias e pós-operatórias							

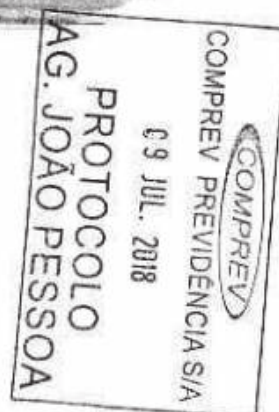
Dr. TAVIO LEAL Janduí
CRM PB 5774
Anestesiologista





Agente Arquivo X223		02	INDUÇÃO Satisfeito _____ Escrito _____ Tossas _____ Laringe Espasmo _____ Lenço _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____	
Líquido		360 340 320 300 280 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	MANUTENÇÃO Angelina Satisfeita Sim _____ Não _____ Não, porque? _____ DESPERTAR Reflexos no SO _____ Obst. _____ COG _____ Esc. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Com cápsula _____ por o leite com _____ sdo _____ CONDIÇÕES Cãmbio _____	
C.A.O.O.C. P.V. ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO E Z. ANESTESIA, OPERAÇÃO		Símbolos e Anotações		
Posição		Agente		
Técnica		Técnica		
Anestesia		Anestesia		
Observações		Observações		





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **9641613397**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 - 39424506-7 - 00/00000000 - 2012
CDS RENAVAM: 2012100005378-2

NOME: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

CPF (CNPJ): 09454382497 PLACA: OFD7300/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KD04309R016590

REPRESENTANTE: COMBUSTÍVEL:

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS ANO FAB: 2009 ANO MIG: 2009

CAP/POT/CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC CDS (PR. DOMINANTE): PRETA

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM: 05/11/2012 1º VENC. COTA ÚNICA: 2º VENC. COTAS: 3º

FAIXA (IPVA): ***** PARCELAMENTO/COTAS: 0

PREMIO TARIFARIO (RM): ***** IOT (R\$): SEGURO PREMIO TOTAL (R\$): PAGO DATA DE PAGAMENTO: 09/10/2012

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DIAMANTE - PB - LOCAL: 33790 DATA: 21/11/2012

3105

SEGURO OBRIGATORIO
VEICULOS AUTOMOTORES DE
TRANSPORTE

PB Nº 96416

CP: 0945438249

PB Nº 96416

VIA: 1 - 0945438249

RENAVAM: 394245067-9

ANO FAB: 2009 DATA: 9

PIS (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE: *****

☐ COTA ÚNICA

Seguro
de

31

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
09 JUL. 2018
COMPREV PREVIDENCIA S/A
COMPREV



Emissão de Guia para Pagamento

O endereço do veículo cadastrado no DETRAN/PE encontra-se confirmado para o exercício corrente.

A emissão do Certificado de Registro e Licenciamento Veicular (CRLV) só é possível mediante pagamento de todos os débitos existentes na opção "Licenciamento" e das multas vencidas.

Importante: Em decorrência da aplicação da Lei Federal 13.281/2016, que alterou o Código de Trânsito Brasileiro (artigo 284, parágrafo IV), incidirão juros sobre as multas (infrações de trânsito) pagas após a data de vencimento. Em razão disso, o acesso aos boletos para pagamento das multas deve ser feito na opção "Desdobramento de débitos".

Caso queira realizar o pagamento de um débito específico, acesse a opção "Desdobramento de Débitos".

É possível fazer a opção entre pagar ou não a taxa de Postagem de Documentos. Optando por pagar essa taxa, o cidadão receberá, após quitar todos os débitos e sanar possíveis restrições veiculares, o CRLV em sua residência.

Quem não quiser pagar a taxa de postagem deverá agendar a emissão do CRLV, no site do DETRAN-PE, após quitar todos os débitos e sanar possíveis restrições veiculares.

Informe o CPF/CNPJ do Proprietário ou do Arrendatário do Veículo:

*(Somente números Ex:999999999999):

Selecione a opção de guia desejada:

☒ Desdobramento de débitos

Gerar Guia

Detalhamento de Débitos - Placa: PGU8749

Restrição:

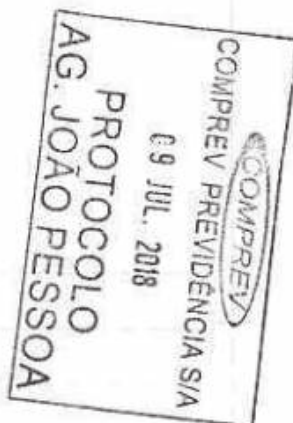
NADA CONSTA

LICENCIAMENTO

NADA CONSTA

TAXAS DETRAN

NADA CONSTA



Declaração:

Eu, GERALDO LUIZ NETO, portador do RG nº 56.813.245-2, SSP/SP e CPF nº 325.971.458-83, residente no Sítio Letreiro, s/n, área rural, Pedra Branca, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, 10/04/2018, eu e minha esposa, a senhora MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA, portadora do CPF nº 083.525.244-29, fomos vítimas de acidente de trânsito (atropelamento) tendo em vista que o veículo que eu pilotava encontra-se em nome de terceiros e, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

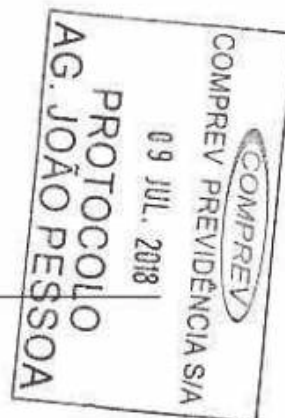
Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a **Simples Ocorrência do Dano** e que o acidente seja com **Veículo a Automotor**, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Ciente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, e desde já requerendo que seja marcada a perícia médica, desta forma, sendo feita a mais lúdima justiça.

Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 05 / Julho / 2018

Autor: Gerardo Luiz Neto



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Luiz Neto
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Amador de ferragem
Identidade: 56.813.245-2 / CPF: 325.971.458-83
Endereço: Sítio Petreire, 514, área rural, Pedra Branca/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Coiana, 58, Centro, Itaperanga/PB

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado adma qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Geraldo Luiz Neto

Local e data: Itaperanga/PB, 01/ junho/2018

SERV. NOTARIAL REGISTRAL HELENA TEOTÔNIO PRIMA
Rua Manoel Claudino da Silva, 400, Centro, Pedra Branca - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Geraldo Luiz Neto
Dou fe. Pedra Branca/PB - 01/06/2018
Notário: Joaquim Aurélio Teotônio dos Santos
Selo Digital AGX09567-FSZZ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol: R\$9,48 Faxen: R\$0,29 MP: R\$0,15 Feex: R\$1,90

