



04/07/2023

Número: **0800678-94.2023.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **20/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEX DOS SANTOS SOUZA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75587327	04/07/2023 10:10	Petição	Petição
75587338	04/07/2023 10:10	2883972_JUNTADA_DE_DOCS_06	Outros Documentos
75587339	04/07/2023 10:10	2883972_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_06_compressed	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLEDADE/PB

Processo: 08006789420238150191

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEX DOS SANTOS SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLEDADE, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:10:35
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410103479200000071208366>
Número do documento: 23070410103479200000071208366

Num. 75587338 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048422

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS SOUZA

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 do Pedido de Seguro DPVAT devidamente assinado e com os dados bancários atualizados. A entrega deve ser realizada no ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito ou enviado através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br.

A relação das contas bancárias com impedimentos para crédito de indenização e o formulário estão disponíveis no site <https://www.seguradoralider.com.br/>.

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

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00333/00334 - carta_25 - INVALIDEZ

00010167





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, 12 de Abril de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230006742

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS SOUZA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000076152984-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro de ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

719.767.454-97

Alex dos Santos Souza

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Número:

10 - Complemento:

9 - Endereço:

11 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

12 - Bairro:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

17 - (83) 3371-2274

18 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

22 - DADOS BANCÁRIOS:

23 - DADOS BANCÁRIOS:

24 - DADOS BANCÁRIOS:

25 - DADOS BANCÁRIOS:

26 - DADOS BANCÁRIOS:

27 - DADOS BANCÁRIOS:

28 - DADOS BANCÁRIOS:

29 - DADOS BANCÁRIOS:

30 - DADOS BANCÁRIOS:

31 - DADOS BANCÁRIOS:

32 - DADOS BANCÁRIOS:

33 - DADOS BANCÁRIOS:

34 - DADOS BANCÁRIOS:

35 - DADOS BANCÁRIOS:

36 - DADOS BANCÁRIOS:

37 - DADOS BANCÁRIOS:

38 - DADOS BANCÁRIOS:

39 - DADOS BANCÁRIOS:

40 - DADOS BANCÁRIOS:

41 - DADOS BANCÁRIOS:

42 - DADOS BANCÁRIOS:

43 - DADOS BANCÁRIOS:

44 - DADOS BANCÁRIOS:

45 - DADOS BANCÁRIOS:

46 - DADOS BANCÁRIOS:

47 - DADOS BANCÁRIOS:

48 - DADOS BANCÁRIOS:

49 - DADOS BANCÁRIOS:

50 - DADOS BANCÁRIOS:

51 - DADOS BANCÁRIOS:

52 - DADOS BANCÁRIOS:

53 - DADOS BANCÁRIOS:

54 - DADOS BANCÁRIOS:

55 - DADOS BANCÁRIOS:

56 - DADOS BANCÁRIOS:

57 - DADOS BANCÁRIOS:

58 - DADOS BANCÁRIOS:

59 - DADOS BANCÁRIOS:

60 - DADOS BANCÁRIOS:

61 - DADOS BANCÁRIOS:

62 - DADOS BANCÁRIOS:

63 - DADOS BANCÁRIOS:

64 - DADOS BANCÁRIOS:

65 - DADOS BANCÁRIOS:

66 - DADOS BANCÁRIOS:

67 - DADOS BANCÁRIOS:

68 - DADOS BANCÁRIOS:

69 - DADOS BANCÁRIOS:

70 - DADOS BANCÁRIOS:

71 - DADOS BANCÁRIOS:

72 - DADOS BANCÁRIOS:

73 - DADOS BANCÁRIOS:

74 - DADOS BANCÁRIOS:

75 - DADOS BANCÁRIOS:

76 - DADOS BANCÁRIOS:

77 - DADOS BANCÁRIOS:

78 - DADOS BANCÁRIOS:

79 - DADOS BANCÁRIOS:

80 - DADOS BANCÁRIOS:

81 - DADOS BANCÁRIOS:

82 - DADOS BANCÁRIOS:

83 - DADOS BANCÁRIOS:

84 - DADOS BANCÁRIOS:

85 - DADOS BANCÁRIOS:

86 - DADOS BANCÁRIOS:

87 - DADOS BANCÁRIOS:

88 - DADOS BANCÁRIOS:

89 - DADOS BANCÁRIOS:

90 - DADOS BANCÁRIOS:

91 - DADOS BANCÁRIOS:

92 - DADOS BANCÁRIOS:

93 - DADOS BANCÁRIOS:

94 - DADOS BANCÁRIOS:

95 - DADOS BANCÁRIOS:

96 - DADOS BANCÁRIOS:

97 - DADOS BANCÁRIOS:

98 - DADOS BANCÁRIOS:

99 - DADOS BANCÁRIOS:

100 - DADOS BANCÁRIOS:

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 ASI: 3220048422 3 - CPF da vítima: 719767454-97 4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS SOUTA

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

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS SOUTA 6 - CPF: 719767454-97
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RIO BRANCO DA CABA 9 - Número: 512 10 - Complemento: GR
11 - Bairro: BOA RUA 12 - Cidade: SÃO VICENTE DO RIO 13 - Estado: ES 14 - CEP: 58159-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 3371-2274

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 76152984 8
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Picuí-13, 17/03/2027

ALEX DOS SANTOS SOUTA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 002/2019





C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 17/2021

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 17/2021, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao vinte e nove dia do mês de abril do ano de 2021, nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob responsabilidade da Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, **Escrivã (o) de Polícia** de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:00h compareceu: **ALEX DOS SANTOS SOUZA**, R.G. n.º 4.924.449 – SSP/PB, CPF 719.767.454-97, *brasileiro, união estável, ceramista, natural de São Vicente do Seridó-PB, nascido aos 02.08.2001, com 19 anos de idade, filho de Jose Ednaldo de Souza e de Maria Jose dos Santos, residente e domiciliada no Sítio Riacho das Cabra, São Vicente do Seridó-PB, contato: (83) 9.86586701; CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 22 de fevereiro de 2020, por volta das 18:30 h, foi vítima de acidente de trânsito; Que a vítima trafegava da cidade de Nova Palmeira-PB para a cidade Pedra Lavrada-PB, na rodovia PB, quando sobrou em uma curva no município de Pedra Lavrada-PB, vindo a cair ao solo e quebrou o fêmur esquerdo, conforme documentos em anexo; QUE o comunicante vítima conduzia a motocicleta marca Honda/CG150 TITAN KS, ano 2007/2008, cor CINZA, placa MYW-SI36-PB, CHASSI N.º 9C2KC08108R047258, licenciada em nome de EDILSON NUNES DOS SANTOS, CPF 064.538.354-60, QUE foi socorrido Para o Hospital do Trauma, em Campina Grande/PB, Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.*

Picuí/PB, 29 de abril de 2021

COMUNICANTE:

ALEX dos Santos Souza
ALEX DOS SANTOS SOUZA

TESTEMUNHA 1: JOSINALDO CLAUDINO DE CASTRO, CPF n.º 047.794.234-22, RG: 2.561.871 – SSP/PB, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

TESTEMUNHA MARIA FERNANDA LOPES, RG 4.774.986-SSP-PB, CPF: 116.312.744-22, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

Antonio da Silva Bezerra
Agente de Investigação
Matrícula 96.4443





C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 17/2021

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 17/2021, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao vinte e nove dia do mês de abril do ano de 2021, nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob responsabilidade da Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, **Escrivã (o) de Polícia** de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:00h compareceu: **ALEX DOS SANTOS SOUZA**, R.G. n.º 4.924.449 – SSP/PB, CPF 719.767.454-97, *brasileiro, união estável, ceramista, natural de São Vicente do Seridó-PB, nascido aos 02.08.2001, com 19 anos de idade, filho de Jose Ednaldo de Souza e de Maria Jose dos Santos, residente e domiciliada no Sítio Riacho das Cabra, São Vicente do Seridó-PB, contato: (83) 9.86586701; CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 22 de fevereiro de 2020, por volta das 18:30 h, foi vítima de acidente de trânsito; Que a vítima trafegava da cidade de Nova Palmeira-PB para a cidade Pedra Lavrada-PB, na rodovia PB, quando sobrou em uma curva no município de Pedra Lavrada-PB, vindo a cair ao solo e quebrou o fêmur esquerdo, conforme documentos em anexo; QUE o comunicante vítima conduzia a motocicleta marca Honda/CG150 TITAN KS, ano 2007/2008, cor CINZA, placa MYW-SI36-PB, CHASSI N° 9C2KC08J08R047258, licenciada em nome de EDILSON NUNES DOS SANTOS, CPF 064.538.354-60, QUE foi socorrido Para o Hospital do Trauma, em Campina Grande/PB, Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.*

Picuí/PB, 29 de abril de 2021

COMUNICANTE:

Alex dos Santos Souza
ALEX DOS SANTOS SOUZA

TESTEMUNHA 1: JOSINALDO CLAUDINO DE CASTRO, CPF nº 047.794.234-22, RG: 2.561.871 – SSP/PB, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

TESTEMUNHA MARIA FERNANDA LOPES, RG 4.774.986-SSP-PB, CPF: 116.312.744-22, endereço Zona Rural, no Assentamento Olho d'Água, São Vicente do Seridó-PB.

Antonio da Silva Bezerra
Antonio da Silva Bezerra
Agente de Investigação
Matrícula 96.4443





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

719.767.454-97

Alex dos Santos Souza

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Número:

10 - Complemento:

12 - Bairro:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

23 - Estado civil da vítima:

24 - Data do pedido da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascos?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos?

34 - Vítima deixou irmãos vivos?

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª - Nome:

39 - 2ª - Nome:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

59 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

65 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

71 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

77 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

83 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

89 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

95 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/04/2023

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8201407

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DOS SANTOS SOUZA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000076152984

Número da Autenticação

9D1B91AC1780C4BD





Grupo MTC - CONVENCIONAL 340X 17 Sin papel B)
Clase: RESIDENCIAL Sin papel: RESIDENCIAL
Línea: MONO-ASCC
Banco: 15-21 065-800 APMedu: 0033333/16

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1827492-8

CADASTRE SUB PAYTURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001827-0020

VALOR DA FATURA
R\$ 70,57

VENCIMENTO
03/05/2021

 **REFERÊNCIA**
Abr / 2021

 CONSUMO
87kWh

2,84 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 CUSTURA
 CONFIRMAÇÃO

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CGI	Description	Amount	Taxable Tribute	Wife Base Total (\$)	Husband Base (\$)	Wife Rate	Husband Rate	Wife Base (\$)	Husband Base (\$)	Wife Rate	Husband Rate	Wife Base (\$)	Husband Base (\$)	Wife Rate	Husband Rate
3601	2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729-2730-2731-2732-2733-2734-2735-2736-2737-2738-2739-2740-2741-2742-2743-2744-2745-2746-2747-2748-2749-2750-2751-2752-2753-2754-2755-2756-2757-2758-2759-2760-2761-2762-2763-2764-2765-2766-2767-2768-2769-2770-2771-2772-2773-2774-														

CLC (Grupo de Classificação do Ibr)	ICLAL	70,57	611,42	17,35	53,49	0,36	1,54
Taxa de Tdb, 60%	9,58(%)						

IP: 192.168.1.100

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Abr/20	29
Mai/20	28
Jun/20	28
Jul/20	30
Ago/20	87
Set/20	118
Out/20	63
Nov/20	23
Dez/20	23
Jan/21	17
Fev/21	48
Már/21	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (kWh)	%
Servicos de Utilidade Energética	20,02	29,95
Compra de Energia	22,10	31,32
Energia Solar	2,78	5,17
Servicos de Transmissão	4,17	5,81
Impostos Sobre o Consumo	20,49	29,14
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	67,57	100,00

Exemplo de Janela de Simulação de Cálculo (p/2021) (p/21) 10

* Fenkamelapela ipelejaningma

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	MENSAL	APROXIMADO TRIMESTRAL	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Holmes e Watson (quase nenhuma)	11,31	0,00	29,33	49,57
Quase que o cliente não tem religião - FR	7,52	0,00	19,04	30,56
Quase que o rapaz não tem religião - DWK	6,88	0,00		
	12,80			

ATENÇÃO

1. O processo de Ombudsman da ODEBIS, em sua primeira edição, ocorreu entre os dias 28 de junho e 19 de julho de 2004, tendo sido a primeira edição realizada em parceria com o Grupo de Trabalho regulatório, após o estabelecimento da comissão permanente de Ombudsman, em 2000. O processo foi realizado em duas etapas: a primeira etapa, com a participação de representantes do consumidor e do setor regulatório, e a segunda etapa, com a participação dos representantes do setor regulatório e do setor de defesa do consumidor. A primeira etapa foi realizada em 28 de junho de 2004, e a segunda etapa, em 19 de julho de 2004.

Exclusão do MEOS por não base de cálculo do EIS/ODF-8, conforme Solução de Consulta ao COSJ nº 13/2014 da Receita Federal O (princípio de redução) na base de cálculo (do contribuinte) e não na base do lucro (de 81.859,1%)

EMPRESA FORADORA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A, CNPJ 06.906.183/0001-40 - Fone Est 16 015283-0
Nº da Fatura de Energia Elétrica Nº 062.807.550 - Empresa Consumidora 283040002
Esta NOTA FISCAL J.CONTA DE ENERGIA S/A disponível para consulta

JOSÉ GOMES DE LIMA
ST. RACHID ENE CABR
SAC VICENTE G. GERM

Use seu app de pagamento favorito,
escolha "pagar com: Pix" e voilá o cartão agitado.

Quer mais facilidade?
Abra seu e-mail de Empresa e abra
você mesmo o seu site!

Encande-me-lhe em contas.worl.com/pt





REFERÊNCIA
SET/2022

Av. Raimundo Oney, 250, esquina João Pessoa - PE
CEP: 55015-000 - CNPJ: 16.193.654/0001-87

MATRÍCULA

17421799

DADOS DO CLIENTE:

NILIO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO 7 DE MACEDO, 145 JK
PICOI PB 58187-000
INSCRIÇÃO: 028 001.020.0304.000

ECONOMIAS:

Residencial: ☒ Comercial: ☐ Industrial: ☐ Pública: ☐

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO:

Situação água: **13GADO** Situação esgoto: **POTENCIAL**
Hidômetro: A05A017737 Condição da leitura: REAL 17ADA Condição da habitação: REFA Data da leitura anterior: 02/08/2022
Leitura anterior: 804 Leitura atual: 925 Consumo em l: 21 Número de dias: 33 Data da próxima leitura: 03/10/2022

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetro	Unidade	Valor	Limite
PH		7,5	6,5 - 8,5
CLOR	mg/L	0,5	≤ 1,0
OD	mg/L	0,5	≤ 1,0
DB	mg/L	0,5	≤ 1,0
Condutividade	µS/cm	120	≤ 1.500

HISTÓRICO DE CONSUMO

Período	Consumo (m³)
01/07/2022	10
01/06/2022	10
01/05/2022	10
01/04/2022	10
01/03/2022	10
01/02/2022	10
01/01/2022	10

CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS:

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATF 10 M3 - 44,03 POR UNIDADE	10 M3	44,03
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,08 POR M3	10 M3	50,80
21 M3 A 30 M3 - R\$ 7,49 POR M3	1 M3	7,49
ESGOTO		

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 02/09/2022 | 08:50:13

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,02 PIS E COFINS LEI 12.741/12

PERÍODO: SET/2022 VENCIMENTO: 09/09/2022 TOTAL (R\$): 108,32

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

"CENSO 2022. A PARTIR DE AGOSTO, ATENDA O RELENSEADOR DO LIGE E R ESPONDA CORRETAMENTE."

Caixa Econômica Federal

QUINA: sorteios da segunda-feira a sábado. At

251-701951924-6
08/09/2022 HORA DE: 15:50:25
LOT. 13.017580-0 TERM 010431
LOCALIDADE: PICOI
RG. VINCULADA: 4916

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG EGO PARAIBA
VALOR DO PAGAMENTO: 108,32
020200000014 080200100253
017421799010 092027000009

251-701951924-6

1ª VIA





Grupos MTC - CONVENCIONAL BOMBA / Sinalizador B)
Classe: RESCENDENCIAL / Sinalizador: RESCENDENCIAL
Licença: MONOPOLIO
Banco: 15-21 065-800 - APMedu: 00333333/16

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1827492-8

CADASTRE SUA PAGURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001827-0020

VALOR DA FATURA
R\$ 70,57

VENCIMENTO
03/05/2021

 **REFERÊNCIA**
Abr / 2021

 CONSUMO
87kWh

2,84 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 ESTIMADA
 CONFIRMAÇÃO

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CGI	Description	Amount	Taxable Tribute	Wife Base Total (\$)	Husband Base (\$)	Wife Rate	Husband Rate	Wife Base (\$)	Husband Base (\$)	Wife Rate	Husband Rate	Wife Base (\$)	Husband Base (\$)	Wife Rate	Husband Rate
3601	2000-2001-2002	97	2,774.83	67.81	67.81	76	16.86	52.26	0.34	1.00					
3601	2003-2004	1.61	1.61	25	3.40	1.23	3.40	0.04							
3604	2005-2006	0.23	0.23	5	0.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00					
3604	2007-2008	0.82	0.82	11	0.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00					

CLC (Grupo de Classificação do Ibr)	ICLAL	70,57	611,42	17,35	53,49	0,36	1,54
Taxa de Tdb, %	9,9861%						

IP: 192.168.1.100

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Alimento	Consumo (g)
Arroz	29
Macarrão	29
Leite	20
Feijão	30
Algodão	97
Queijo	108
Carne	81
Doce	28
Doce	28
Doce	17
Doce	49
Doce	49

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Servços de Utilidade Energética	20,02	23,33
Custos de Energia	22,10	31,32
Serviços de Transmissão	3,76	5,37
Encargos Setoriais	4,17	5,81
Impostos Diretos e Encargos	20,43	29,14
Custos Serviços	6,00	8,60
Total	76,57	100,00

Exemplo de Asson Simulado Descontando (R\$ 22.222,22) em 18/10/18

* Fenkamel 2 g tablette (300 mg)

INDICADORES DE QUALIDADE

ÍTEMA	MESESAL	APURADO TRIMESTRAL	ANUAL	LIMITE DE TENDIMENTO
Horas que o veículo passou em energia - DTC	11,31	0,00	27,03	49,07
Valor que o cliente tem em energia - FIC	7,52	0,00	19,04	30,00
Ocupação do motor em energia - Índice de ocupação no período - DVC	6,88	0,00		
Consumo de combustível - Litros por hora - DVC	12,80			
				LIMITE INFERIOR: 20
				LIMITE SUPERIOR: 25

ATENÇÃO[illegible]

Exclusão do ICMOS segundo a base de cálculo PIS/COFINS: conforme Solução de Consulta ao COSJ nº 13/2014 da Receita Federal O (princípio de redução) na base de cálculo (do contribuinte) no lucro líquido mensal e não de R\$ 81.859,14).

FMR/SE/FUNDAÇÃO DE AMPLIAÇÃO DO DEB, Km 5 - Misto Redentor João Pessoa/PB - CEP 58071-280
CNPJ 00.055.183/0001-40 Fone Est 38 015823-0

Esta NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta

JOSE GOMES DE LIMA
57, RUA DO CASCAVEL, 100, JARDIM
SAC. VICENTE, CO. GERICIM, 13130-000, SP

Use seu app de pagamento: o favorito,
escaneie "pagar com: Pix" e veja o código a ser usado.

Quer mais facilidade?
Abra sua conta no **Empreendedor**
e tenha tudo mais fácil!

Empreenda mais: www.empresavoz.com.br/xp





REFERÊNCIA
SET/2022

Av. Raimundo Correia, 250, Jd. Santa Helena - FZ
CNPJ: 06.915.075 - CEP: 56.103-054/5001-87

MATRÍCULA

17421799

DADOS DO CLIENTE:

NILIO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO 7 DE MACEDO, 145 JK
PICOI PB 58187-000
INSCRIÇÃO: 028 001.020.0304.000

ECONOMIAS:

Residencial: ☒ Comercial: ☐ Industrial: ☐ Pública: ☐

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO:

Situação água: **13GADO** Situação esgoto: **POTENCIAL**
Hidômetro: A05A017737 Condição da leitura: REAL 17ADA Condição da habitação: REFA Data da leitura anterior: 02/08/2022
Leitura anterior: 804 Leitura atual: 925 Consumo em l: 21 Número de dias: 33 Data da próxima leitura: 03/10/2022

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetro	Unidade	Valor	Limite
PH		7,5	6,5 - 8,5
CLOR	mg/L	0,1	≤ 1,0
OD	mg/L	0,1	≤ 1,0
DB	mg/L	0,1	≤ 1,0
Condutividade	µS/cm	12	≤ 15

HISTÓRICO DE CONSUMO

Período	Consumo (m³)
01/07/2022	10
01/06/2022	10
01/05/2022	10
01/04/2022	10
01/03/2022	10
01/02/2022	10
01/01/2022	10

CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS:

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATF 10 M3 - 44,03 POR UNIDADE	10 M3	44,03
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,08 POR M3	10 M3	50,80
21 M3 A 30 M3 - R\$ 7,49 POR M3	1 M3	7,49
ESGOTO		

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 02/09/2022 | 08:50:13

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,02 PIS E COFINS LEI 12.741/12

PERÍODO: SET/2022 VENCIMENTO: 09/09/2022 TOTAL (R\$): 108,32

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

"CENSO 2022. A PARTIR DE AGOSTO, ATENDA O RELENSEADOR DO LBS E R ESPONDA CORRETAHNTF."

Caixa Econômica Federal

QUINA: sorteios da segunda-feira a sábado. AT

251-701951924-6
08/09/2022 HORA DE: 15:50:25
LOT. 13.017580-8 TERM 010431
LOCALIDADE: PICOI
RG. VINCULADA: 4916

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG EGO PARAIBA
VALOR DO PAGAMENTO: 108,32
020200000014 080200100253
017421799010 092027000009

251-701951924-6

1ª VIA





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alex do Santos Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.767.454, 93

do sinistro de DPVAT cobertura JUVENIL da vítima do próprio

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.767.454, 93 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com		CEP: 58187-000
		Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 21 de 09 de 2022

Nilo Trigueiro Dantas

Assinatura do Declarante

DLR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:10:36

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410103559200000071208367>

Número do documento: 23070410103559200000071208367

Num. 75587339 - Pág. 14



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alex do Santos Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 719.767.454, 93

do sinistro de DPVAT cobertura JUVENIL da vítima do próprio

inscrito (a) no CPF sob o nº 719.767.454, 93 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: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com		CEP: 58187-000
		Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picuí/PB, 21 de 09 de 2022

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

DLR001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J 08.740.466/0001-35

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

BASE DESCENTRALIZADA PEDRA LAVRADA

Rua: Rua Antônio Cordeiro Filho, S/N - Contato: (83) 3337-4056

CEP: 58.180-000 - Pedra Lavrada - PB



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Pedra Lavrada-PB, no dia 22 de fevereiro de 2020, foi acionado para prestar atendimento com a Unidade de Suporte Básico (USB-51) ao **Sr. ALEX DOS SANTOS SOUZA**, inscrito no CPF 719.767.454-97, vítima de acidente, na PB 177, tipo queda de moto, apresenta fratura exposta de fêmur em MIE (Membro Inferior Esquerdo), ferimento corte contuso em região frontal e occipital da cabeça, com perda significativa de sangue, depressão no crânio, na região parietal. Ao exame PA: 120x80 mmHg, HGT 116, SPO₂ 96%, FC 77 bpm, foi imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, conforme protocolo do APH. Realizado acesso venoso periférico com SRI, e remoção para o Hospital Regional de Trauma - CG, conforme orientação da CRU.

Documento expedido pela direção do serviço por tratar-se de uma base descentralizada e não dispomos de recursos humanos (RH).

Pedra Lavrada-PB 30 de abril de 2021.

Narciza de Lima Porto
Coordenadora Municipal e
Responsável Técnica do SAMU
COREN 319.344

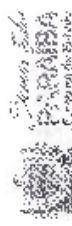
NARCIZA DE LIMA PORTO
Coordenadora e Responsável Técnica do SAMU
Pedra Lavrada-PB





22/02/2020

Parte comum CO-33



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº-2112270 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 02.778.208/0001-92 Data: 22/02/2020
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58452-905
Setor de Emergência (B.E) - Bloco 07 Atendimento: acobimlenio Nascimento: 02/08/2001

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS

SOUZA

Endereço: RUA RACHOS DAS CAERAS

Cidade: Sertão

Nome da Mãe:

Responsável: MARIA JOSE DOS SANTOS

Estado Civil: Solteira

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Data de Atendimento: 22/02/2020

Horário: 01:44:54

QBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

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

085:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: %

Gravidade: Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Forma de fratura

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Quantidade de membros afetados: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

do membro afetado: 4 membros

EXAME SECUNDARIO / VAREZAS MEDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ de _____ hs.

() Centro cirurgico _____ () Alta hospitalar / () A. revela

() Internação geral _____ () Procedimento Médico

() Tratamento e outro SENHOR RESPONSÁVEL _____ () Outro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

[Assinatura]

SERVIÇOS REALIZADOS

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





Médico (a) Diagnóstico: Euler Fabricio Alves Cruz

DADOS DO PACIENTE:

Nº da propostura: 2112279 Parlete: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: _____ Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHI - 0

Clínica: ORTOPEDIA	Enfermarias: 100%	Leito: 9	Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR
---------------------------	--------------------------	-----------------	---

BIA 22/01/2020

MÉDICO(A): Euler Fabrício Alves Cruz.

Item	Prescrição	Aproximado
1	BETA LIVRE	18 E
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	18 E
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0/3/3/3 Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 E
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, 6h/6h TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 E
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	18 E
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. JAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 E
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/44 ML S.C. INSERINJA, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 E
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. JAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18 E
9	FISIOTERAPIA MOTORA	18 E
10	HIGIENE ORAL	18 E
11	CLUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 E

EVOLUÇÃO 13 Set 5000 04 3 M

DATA:22/02/2020 HORA:03:52:47

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Egler, Fabrício Alves Cruz

Mr. Father Eduardo A. Cruz
Carmichael, Tennessee
6-28-70 GSC





PARAIBA
Estado do Estado



PARAIBA
Estado do Estado

Número do Prontuário: 183124

DATA DA CIRURGIA: 22/02/2020

Número do Atendimento: 2112279 CBU: CENTRO CIRURGICO / Buf: URPA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Atendimento: 2112279

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

0 *mem*

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 22/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: EMERSON COSTA

Anestesiista: HALLISSON

Tipos de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA + IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB FLUOROSCOPIA;
5. FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO LINEAR SOB FLUOROSCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 22/02/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio Alves Cruz
Assinatura/Carimbo
22/02/2020



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		LEITE		CONVENIO		IDADE		REGISTRO		GOVERNO DA PARAIBA	
Alex dos Santos Souza J.N. 02-08-2001				SUS		38 anos		9119979		SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	
CIRURGIA Tto. Cirurgica e fixação		CIRURGIAO		Dn. Eldimar + Dn. Evandro + Dn.		ANESTESIA		Dn. Adilson		Hospital de	
Enfiteca de Fêmur										Fonogênica e Insulina Dom	
ANESTESIA										Luz Gorrage Prémios	
Raque + Sedação											
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		FIM					
Norma		09.03.2020		11h 40'		13h 25'					
Qtd.		MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.		FIOS		CÓDIGO			
02		Adrenalina amp		01		Gase Gase		01		Código	
02		Atropina amp		01		Gase De Urinar Sist Fech.		01		Código	
02		Diazepam amp.		35		Compressa Grande		01		Código	
02		Dilutor amp.		01		Compressa Pequena		01		Código	
02		Colentina amp.		01		Coloreida		01		Código	
02		Droga de Sucos 4,8		01		Droga Keri n°		01		Código	
02		Droga Keri n°		01		Droga Penicilina n°		01		Código	
02		Droga Penicilina n°		01		Droga Pexzer n°		01		Código	
02		Equipo de Macroglulas		01		Equipo de Macroglulas		01		Código	
02		Equipo de Sangue		01		Equipo de Sangue		01		Código	
02		Equipo de PVC		01		Equipo de PVC		01		Código	
02		Espiradrapo Largo cm		01		Espiradrapo Largo cm		01		Código	
02		Furacilina ml		01		Furacilina ml		01		Código	
02		Gase Pacote de 10 unidades		01		Gase Pacote de 10 unidades		01		Código	
02		H.O. ml		01		H.O. ml		01		Código	
02		Intracath Adulto		01		Intracath Adulto		01		Código	
02		Intracath Infantil		01		Intracath Infantil		01		Código	
02		Lamina de Bisturi n° 25		01		Lamina de Bisturi n° 25		01		Código	
02		Lamina de Bisturi n° 11		01		Lamina de Bisturi n° 11		01		Código	
02		Lamina de Bisturi n° 15		01		Lamina de Bisturi n° 15		01		Código	
02		Luvas 7.0		04		Luvas 7.0		04		Código	
02		Luvas 7.5		06		Luvas 7.5		06		Código	
02		Luvas 8.0		04		Luvas 8.0		04		Código	
02		Luvas 8.5		08		Luvas 8.5		08		Código	
02		Luvas 9.0		08		Luvas 9.0		08		Código	
02		Luvas 9.5		08		Luvas 9.5		08		Código	
02		Luvas 10.0		08		Luvas 10.0		08		Código	
02		Luvas 10.5		08		Luvas 10.5		08		Código	
02		Luvas 11.0		08		Luvas 11.0		08		Código	
02		Luvas 11.5		08		Luvas 11.5		08		Código	
02		Luvas 12.0		08		Luvas 12.0		08		Código	
02		Luvas 12.5		08		Luvas 12.5		08		Código	
02		Luvas 13.0		08		Luvas 13.0		08		Código	
02		Luvas 13.5		08		Luvas 13.5		08		Código	
02		Luvas 14.0		08		Luvas 14.0		08		Código	
02		Luvas 14.5		08		Luvas 14.5		08		Código	
02		Luvas 15.0		08		Luvas 15.0		08		Código	
02		Luvas 15.5		08		Luvas 15.5		08		Código	
02		Luvas 16.0		08		Luvas 16.0		08		Código	
02		Luvas 16.5		08		Luvas 16.5		08		Código	





**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0299

Hospital: Unidade de Saúde de São Miguel Código: _____
Procedimento: Implante de Prótese de Quadril Cód. Procedimento: _____
Paciente: JOÃO DA SILVA
Data da Cirurgia: 07/03/2023 Nº prontuário: 23070410103559200000071208367 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. Suelio Moreira Torres Código: _____ ☒ Residência ☐ Caixa Postal

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
2	Parafuso Cortical 4.0 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.0) mm	Nº	36	38	40	42	46		
	Qtd.	05	05	05	05	05		
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Metálico 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico Especialista em Ortopedia
CRM: 8860
CPF: 23070410103559200000071208367

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F. para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teses, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





Santa Luz
PARAÍSA
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

CNPF: 10.848.190/0001-53

Data: 24/02/2020

Horas: 05:43:38

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 12/02/2020 DHF - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO

Data: 24/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aproçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AME 12h/12h 21/30 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2 ML ABD.	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/02/2020 HORA: 05:43:18

2º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA

SEG. ESTÁVEL

NV: OK

E.O. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 5843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão





PANAMA
Hospital de Base de Curitiba

CNPJ: 10.448.190/0001-55

Data: 25/02/2020

Horas: 09:47:23

Médico(a) Diarista: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIJ - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Internação: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 25/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12 18
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	18
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	SN
10	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	18 06
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/02/2020 HORA: 09:46:34

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

3º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA

PACIENTE EVOLUI EM BEM, ESTÁVEL

NV: OK

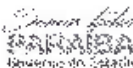
EO. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro





Médico (a) Dentista : Flávia Barros De Almeida

DADOS DO PACIENTE:

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermagem: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

MÉDICO(A): Edilson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Adequamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 18x500 12h/12h	
3	PIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	
4	TENOXICAM 30 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1CAPS. 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA. 24h/24h (ADM AS 12h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA:36/03/2020 HORA:08:49:27

ORTHOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURMIAS

NO PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOI: 2/4+

CDs

SPMI

AGUARDIA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hellyson Barros De Almeida

Approved: _____
Date: _____



27/02/2020

10.1.1.148/projetohlog/impripravo.php?malasa=2020-02-27&contar=2112279&DC=93519

CNPJ: 09.848.190/0001-55

Data: 27/02/2020

Hora: 07:31:48

Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcão



PARAIBA
Governador de Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DTH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 27/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO 12h/24h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	
4	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML 4Hh.	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/3ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/02/2020 HORA: 07:34:23

ORTOPEDIA

6º DTH

PCT SEGUE EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÉRMIAS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-005 8843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohlog/impripravo.php?dataazi=2020-02-27&contar=2112279&DC=93519

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:10:36

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410103559200000071208367

Número do documento: 23070410103559200000071208367

Num. 75587339 - Pág. 28

28/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-28&conhar=2112279&IDC=93752



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

CNPJ: 10.545.190/0001-55

Data: 28/02/2020

Hora: 03:43:16

Médico (a) Diretor(a): Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 27/02/2020 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermidade: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO

Dia 28/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

Item	Prescrição	Apropramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML EV. 18RASCO, 12h/12h	
3	PIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML EV. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	LENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV. 1PRA AMP. 2h/12h Reconstitua 2ML ASD.	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DE CUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/02/2020 HORA: 03:43:06

ORTOPEDIA

7º DIH

PCT SEGUE EM REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

BOR: 2/4+

CP:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RS 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-28&conhar=2112279&IDC=93702

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:10:36

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410103559200000071208367

Número do documento: 23070410103559200000071208367

Num. 75587339 - Pág. 29



Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
PAPAIBA
Hospital de Referência de Pernambuco

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/03/2020

Horas: 09:11:06

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

JK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Idê: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIN - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 02/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aproçamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 PRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	S/N
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0.4 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	S/N
9	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	HIGIENE ORAL	

EVOLUÇÃO

DATA: 02/03/2020 HORA: 09:10:35

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

CR/R/S





Secretaria de Saúde
PERNAMBUCO
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/03/2020

Horas: 08:54:53

Médico (a) Otorista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DDI: 10

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DATA: 03/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	1/2
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	1/2
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h	1/2
5	ONDANSETRON 20 MG V.O. CAPS, 24h/24h (ADM AS 5h)	1/2
6	ONDANSETRON CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	1/2
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	1/2
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 3 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	1/2
9	HIGIENE ORAL	1/2
10	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	1/2
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	1/2

EVOLUÇÃO

DATA: 03/03/2020 HORA: 08:54:39

ORTOPEdia

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





Parauapebas
Município do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/03/2020

Horas: 10:26:36

Médico (a) Dia lista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHF - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 04/03/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. (FRASCO, 12h/12h)	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. (FRA AMP, 12h/12h)	
5	Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
11	HIGIENE ORAL	
12	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 04/03/2020 HORA: 10:25:58

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CU: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LABORATÓRIO DE GASTRO
CRM/PA 5523



06/03/20

9:55

PA 97x57

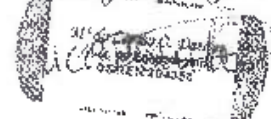
Pulso 96

Temp 36.4

Feito o exame

a amo 05/03/20

medica do





Parauapebas
Município do Estado

CNPJ: 16.848.490/0001-55
Data: 08/03/2020
Hora: 11:04:55
Médico (a) Donista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 15

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermagem: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 08/03/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira

Item	Prescrição	Apropramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. TERASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXCAM 20 MG SEM BICUENTE E.V. IAMPOLA, 12h/12h (Reconstituir 20ml. A1813)	
5	ONBANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/3ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
6	OMIEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	FXOXAPARINA SODICA 40 MG/84 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	HIGIENE ORAL	
11	DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/03/2020 HORA: 11:04:02

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

17 DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

DOR: 1+/4+

COM FIXADOR EXTERNO LINEAR DE FÊMUR

PO: SECA, SEM SINAIS DE FLOGOSE

CD: UPAT + AGUARDA CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

DA Everlan Meira
CRM: 13.000.000.000
13.000.000.000





Parauapebas
Hospital de Base

CNPJ: 10.848.190/0001-53

Data: 09/03/2020

Hora: 11:48:10

Médico (a) Danista: Eldiman Soares De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2003 Admissão: 22/02/2020 DJH - 16

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO

DEA 09/03/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araújo /

Item	Prescrição	Aprova/assinatura
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SÓDICA 1G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OD/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. USERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	HIGIENE ORAL	
13	DE CUBITO MEDIANÇA 2h/2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/03/2020 HORA: 11:47:41

ORTOPEDIA
TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS
A SRPA

SOL RXS DE CONTROLE

Dr. Eldiman Soares de Araújo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6986
CPF: 043.078.784-26

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araújo



Número do Prontuário: 183124 DATA DA CIRURGIA: 09/03/2020

Número do Atendimento: 2112279 Clio: ORTOPEDIA 2 / EnC: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Atendimento: 2112279

Diagnóstico Pré-Operatório: FX FEMUR ESQ

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: RMS + OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: *Alisson*

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA +

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO;

02- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS

05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS

06- REDUÇÃO CRUENTA ++ FIXACAO COM PLACA DCP 4.5MM

07- SF0.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO

08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURA

09- CURATIVOS

St. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.784-20

Data 09/03/2020

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	UF	PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Alcides da Silva</u>			IDADE	SEXO	COR	
DATA: <u>22.03.2020</u>	PROSSA: <u>ARTERIAL</u>	PULSO	RESPIRACÃO	TEMPERATURA	RECIO	ALICHA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	ELUCIDIA	URÉIA	CREATININA		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO: <u>NDA</u>					MAMA		BRONQUIOS	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>NDA</u>					RETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO: <u>NDA</u>			DENTES: <u>NDA</u>	PESSOAL: <u>NDA</u>	AP. UROLOGIA: <u>NDA</u>			
ESTADO NERVO: <u>NDA</u>			ADARACIOS: <u>NDA</u>	DIAGNÓSTICO: <u>NDA</u>	ALERGIA: <u>NDA</u>		EXPLORACÃO	
DIAGNÓSTICO: <u>NDA</u>					ESTADO FÍSICO: <u>NDA</u>		RISCO: <u>NDA</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>NDA</u>								
INDICAÇÃO PRE-ANESTESIA: <u>NDA</u>					APLICADA	AS	CÓDIGO	
AGENTES ANESTÉSICOS LIQUÍDOS CÓDIGOS VP ARTERIAL, OPULSO, O - RESPIRAÇÃO AA ANESTESIA, O - OPERAÇÃO SINOSIOS E ANOTAÇÕES INDICAÇÃO AGENTES TECNICA OPERAÇÃO GRUPOS ANESTESISTAS OBSERVAÇÕES RESUMÃO Satisf: <u>NDA</u> Excit: <u>NDA</u> Passos: <u>NDA</u> Laringo: <u>NDA</u> copano: <u>NDA</u> Lenta: <u>NDA</u> Náuseas: <u>NDA</u> Vômitos: <u>NDA</u> Outros: <u>NDA</u> MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF: Sim <u>NDA</u> Não <u>NDA</u> Não, por quê? <u>NDA</u> DESFERTAR Reflexos na SO: <u>NDA</u> Obst: <u>NDA</u> Co: <u>NDA</u> Excit: <u>NDA</u> Náuseas: <u>NDA</u> Vômitos: <u>NDA</u> Outros: <u>NDA</u> Com o Sinal Paciente Leito: Sim <u>NDA</u> Não <u>NDA</u> CONDIÇÕES CONDIÇÕES								
ANESTESIA: <u>NDA</u>								
AGENTES: <u>NDA</u>								
TECNICA: <u>NDA</u>								
OPERAÇÃO: <u>NDA</u>								
GRUPOS: <u>NDA</u>								
ANESTESISTAS: <u>NDA</u>								
OBSERVAÇÕES: <u>NDA</u>								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POST-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA: <u>NDA</u>		

MOD. 000

FOLHA DE ANESTESIA - SCS

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

Alex dos Santos Souza - DN: 09/08/2001

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dr. Eda Corrêa Fernandes

QID

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

01

Sab 03

SUS

18

8242240

CIRURGIA

ANESTESIA

Tat. Cirúrgico do Proctum

Dr. Eudênio

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

22/02/20

03:00

04:00

QID.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

QID.

FIOS

01

Adrenalina amp

01

Calet. cr Oxi

01

Calet. cr Oxi

01

Calet. De Urinar Sist. Fech.

01

Compressa Grande

01

Compressa Pequena

01

Colomix

01

Dreno

01

Dreno Kerr n°

01

Dreno Penrose n°

01

Dreno Poyzer n°

01

Equipo de Macroglot

01

Equipo de Macroglot

01

Equipo de Sanguê

01

Equipo de PVC

01

Esparadrapo Lenco cm

01

Fuzelins ml

01

Gase Pacote cr 10 unidades

01

H.O. ml

01

Intracati Adulto

01

Intracati Infantil

01

Lâmina de Bisturi n° 23

01

Lâmina de Bisturi n° 11

01

Lâmina de Bisturi n° 16

01

Luvax 7.5

01

Luvax 7.5

01

Luvax 8.6

01

Luvax 8.6

01

Oxigênio ltr

01

Pálfix

01

PVPi Degemante ml

01

PVPi Tópico ml

01

Sabão Antisséptico

01

Saco coleto: PT Loro

01

Seringa desc. 10 ml

01

Seringa desc. 20 ml

01

Seringa desc. 05 ml

01

Sonda

01

Sonda Foley

01

Sonda Nasogástrica

01

Sonda Uteral n°

01

Starydren ml

01

Torniquete

01

Vaselina ml

01

Gelatina 12

01

Látex

QID.

MEDICAÇÕES

QID.

SOROS

01

Agua Destilada amp

01

Decadron amp

01

Dipirona amp

01

Flaxico amp

01

Pobectid amp

01

Terfenadina amp

01

Cicose amp

01

Glucosa de Cálcio amp

01

Razexol ml

01

Hoparenta ml

01

Kanakon amp

01

Lasix amp

01

Madrolina

01

Plasil amp

01

Paralina

01

Pechan amp

01

Sorplacn amp

01

Cefalosina 1g

QID.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

QID.

ORTESI E PRÓTESE

01

Agulha desc. 25 x 76

01

Agulha desc. 28 x 28

01

Agulha desc. 3 x 4.5

01

Agulha de canção n° 25

01

Alcool de Etileno 70%

01

Alcool Iodado ml

01

Aladurac de Gesson

01

Aladurac de Gessada

01

Azul Metileno amp

01

Benzina ml

QID.

ORTESI E PRÓTESE

01

03

05

01

QID.

EQUIPAMENTOS

01

01

01

01

01

01

01

01

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriana R. Pereira Araújo

REC. DE ENFERMAGEM

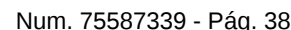
COREN - 227764

022115

022115

022115

022115





PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 16.848.198/0001-55

Data: 10/03/2020

Horas: 09:57:43

Médico(a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 17

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DÍFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 10/03/2020

MÉDICO(A): Edilton Soares De Araujo / MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCOS, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP 12h/12h 10/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 06/06h	
5	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML 2 ML S.C. ISERINGIA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	efe
12	HIGIENE ORAL	efe
13	DECUBITO MUDANCA 2h/2h	efe

EVOLUÇÃO

DATA: 10/03/2020 HORA: 09:56:49

ORTOPEDIA

1 dia evoluindo bem sem intercorrências

el curativo retirar dreno

OK

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Médico(a) Diarista
CRM: 5557



11/03/2020

ETCC-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DR. LUIZ GONZAGA PEREIRA-SUS - CNPJ: 06.954.266/0001-92
Av. M. J. Pinheiro Braga, 4708 - Malhada, Chapinhal Grande - PE, CEP: 55012-909
Telefones: (0800) 123456789 - (0800) 123456789 / MOSE, Schubert Luiz Costa Rodrigues



PARAIBA
Estado de São Paulo



PARAIBA
Estado de São Paulo

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Data da Alta: 11/03/2020

Registro: 2112279

Tempo de Permanência: 18315

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cirurgia: SINTESE

Data: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/03/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luiz Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL: Schubert Luiz Costa Rodrigues





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.N.P.J 08.740.466/0001-35

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

BASE DESCENTRALIZADA PEDRA LAVRADA

Rua: Rua Antônio Cordeiro Filho, S/N - Contato: (83) 3337-4056

CEP: 58.180-000 - Pedra Lavrada - PB



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Pedra Lavrada-PB, no dia 22 de fevereiro de 2020, foi acionado para prestar atendimento com a Unidade de Suporte Básico (USB-51) ao **Sr. ALEX DOS SANTOS SOUZA**, inscrito no CPF 719.767.454-97, vítima de acidente, na PB 177, tipo queda de moto, apresenta fratura exposta de fêmur em MIE (Membro Inferior Esquerdo), ferimento corte contuso em região frontal e occipital da cabeça, com perda significativa de sangue, depressão no crânio, na região parietal. Ao exame PA: 120x80 mmHg, HGT 116, SPO₂ 96%, FC 77 bpm, foi imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, conforme protocolo do APH. Realizado acesso venoso periférico com SRI, e remoção para o Hospital Regional de Trauma - CG, conforme orientação da CRU.

Documento expedido pela direção do serviço por tratar-se de uma base descentralizada e não dispomos de recursos humanos (RH).

Pedra Lavrada-PB 30 de abril de 2021.

Narciza de Lima Porto
Coordenadora Municipal e
Responsável Técnica do SAMU
COREN 319.344

NARCIZA DE LIMA PORTO
Coordenadora e Responsável Técnica do SAMU
Pedra Lavrada-PB



COLUMBIA UNIVERSITY / BARCLAY CAMPUS

SCIENTIFIC WIZARDS:

Figure 1

082

011034032044057000

DESTINO DO PACIENTE

(Centro de origem) _____
 (Data Hospital / F. A. Revelar) _____
 (Assinatura Isenr) _____
 (Transfêrencia e outro selos de hospital) _____
 (Lóbio) _____

1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 21



Médico (a) Diagnóstico: Euler Fabricio Alves Cruz



PARAIBA
Estado do Estado



PARAIBA
Estado do Estado

Número do Prontuário: 183124

DATA DA CIRURGIA: 22/02/2020

Número do Atendimento: 2112279 CBU: CENTRO CIRURGICO / Buf: URPA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Atendimento: 2112279

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

0 *mem*

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 22/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: EMERSON COSTA

Anestesiista: HALLISSON

Tipos de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA + IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB FLUOROSCOPIA;
5. FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO LINEAR SOB FLUOROSCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 22/02/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio Alves Cruz
Assinatura/Carimbo
22/02/2020



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| PACIENTE | | Alex dos Santos Souza D.V. 02.08.2001 | | GOVERNO DA PARAIBA | |
| QI | LEITE | CONVENIO | IDADE | REGISTRO | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE |
| | | SUS | 38 anos | 9119979 | Hospital de Emergência e Trauma Dom Lucio Górges Fernandes |
| CIRURGIA | | TTO. Cirurgica e Triagem | | CIRURGIÃO | |
| Enxertia de Fêmur | | Dr. Eldemir + Dr. Evandro + Dr. | | ANESTESIA | |
| ANESTESIA | | Raque + Sedação | | Dr. A. D. D. D. | |
| INSTRUMENTADORA | | DATA | | INICIO | |
| Norma | | 09.03.2020 | | 14h.40' | |
| | | | | FIM | |
| | | | | 13h.25 | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Qtd. | FIOS | CÓDIGO | |
| 01 | Adrenalina amp | 01 | Cateter p. Oxi. | CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO | |
| 01 | Atropina amp | 01 | Cateter De Urinar Elat. Fech. | Referência: 1104-01 | |
| 01 | Diazepam amp. | 35 | Compressa Grande | Tipo 5 / ISO 11100-1 | |
| 01 | Dinore amp. | 0,2 mg | Compressa Pequena | Lote: CL5209419 | |
| 01 | Dolantina amp. | | Coloreida | Validade: 20-ABR-2021 | |
| 01 | Enema Bextra | 01 | Dreno de Sucro 4,8 | CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO | |
| 01 | Enema amp. | | Dreno Kev n° | Referência: 1104-01 | |
| 01 | Enema ml | | Dreno Panscoe n° | Tipo 5 / ISO 11100-1 | |
| 01 | Enema Bermanid | 01 | Dreno Pozzer n° | Lote: CL5209419 | |
| 01 | Ketorol ml | | Equipo de Macroglulas | Validade: 20-ABR-2021 | |
| 01 | Mercaina 0,5 mg | | Equipo de Macroglulas | Referência: 1104-01 | |
| 01 | Nubatin amp. | | Equipo de Sangue | Tipo 5 / ISO 11100-1 | |
| 01 | Pantolone amp. | 0,5 | Equipo de PVC | Lote: CL5190218 | |
| 01 | Pantolone amp. | 0,5 | Esparradrapo Largo cm | Validade: 15-AGO-2021 | |
| 01 | Protaxone lgr | | Furacil ml | Referência: 1104-01 | |
| 01 | Qualich ml | 0,5 | Gase Pasche q 10 unidades | Tipo 5 / ISO 11100-1 | |
| 01 | Rapten amp. | | H.O. ml | Lote: CL5190218 | |
| 01 | Titionembul ml | | Infracath Agulho | Validade: 15-AGO-2021 | |
| 01 | Traction amp | | Infracath Infantil | Referência: 1104-01 | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | Qtd. | Lamina de Bisturi n° 25 | Fila cardica | |
| 01 | Agua Destilada amp. | 09 | Lamina de Bisturi n° 11 | Monomylon | |
| 01 | Decadron amp. | 04 | Lamina de Bisturi n° 15 | Monomylon | |
| 01 | Duiron amp. | 04 | Luvax 7.0 | Prolene Sertix | |
| 01 | Fluoxetina amp. | 06 | Luvax 1.5 | Prolene Sertix | |
| 01 | Pietocortin amp. | 04 | Luvax 5.0 | Prolene Sertix | |
| 01 | Quinacina amp. | 05 | Luvax 0.5 | Vicryl Sertix | |
| 01 | Quinacina amp. | 3.0 | Oxigenio lgr Plomin | Vicryl Sertix | |
| 01 | Glucosa amp. | | Poflix | | |
| 01 | Glucosa de Cálcio amp. | 0,5 | PVP Degemante ml P.Poxy | | |
| 01 | Hepamadol ml | 0,5 | PVP Técnico ml | SOROS | |
| 01 | Hepareasa ml | 0,5 | Sabao Antisséptico | SG Normoxêmica fr 500 ml | |
| 01 | Kurakion amp. | 04 | Saco coletor | SG Gelado fr 500 ml | |
| 01 | Lasix amp. | 03 | Seringa desc. 10 ml | SG Hiperemico fr 500 ml | |
| 01 | Morfina amp. | 02 | Seringa desc. 20 ml | SG Rng fr 500 ml | |
| 01 | Plast amp. | 02 | Seringa desc. 50 ml | SG 500 ml P/ Lianpeza | |
| 01 | Prilamina | | Sonda | | |
| 01 | Renvar amp. | | Sonda Foley | ORTOSE E PRÓTESE | |
| 01 | Stuplanon amp. | | Sonda Nasogálica | Bio Implants | |
| 01 | Cefadroxil | | Sonda Uretral n° | | |
| | | | Suavizante ml | 23 Placa al fusos n° 100 | |
| | | | Tamponinha | 01 Parafusos | |
| | | | Vaselina ml | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | Qtd. | Geleira 13 | | |
| 01 | Agulha desc. 25 x 7 | 01 | Linha | EQUIPAMENTOS | |
| 01 | Agulha desc. 25 x 12 | 01 | Alga. Int. | X Oxímetro de Pulso | |
| 01 | Agulha desc. 25 x 15 | 01 | | () Foco Auxiliar | |
| 01 | Agulha p. raque n° 25 | 01 | | X Serra | |
| 01 | Alcova de Enfermagem | 01 | | () Electrocautério | |
| 01 | Alcova lidade ml | 01 | | () Cicatrizante | |
| 01 | Medidas de Carga | 01 | | () Cardiomonitor | |
| 01 | Medidas de Carga | 01 | | () Perfurador de pele | |
| 01 | Agulha ml | 01 | | | |
| 01 | Benizina ml | 01 | | | |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Maurício José B. Blandino
Téc. Radiograf.
LORÉN-PR 260745

MCD-000





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0299

Hospital: Unidade de Saúde de São Miguel Código: _____
Procedimento: Implante de Prótese de Quadril Cod. Procedimento: _____
Paciente: JOÃO DA SILVA
Data da Cirurgia: 07/03/2023 Nº prontuário: 23070410103559200000071208367 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. Suelio Moreira Torres Código: _____ ☒ Residência ☐ Caixa Postal

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

| Qtd. | Descrição | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|------|--------------------------|--------------|-------------|-------------|
| 2 | Parafuso Cortical 4.0 mm | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | | | | | | | Valor Unit. | Valor Total |
|---|------|----|----|----|----|----|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical
(4.0) mm | Nº | 36 | 38 | 40 | 42 | 46 | | |
| | Qtd. | 05 | 05 | 05 | 05 | 05 | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| Parafuso Cortical
() mm | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| Parafuso Esponjoso
4.0 mm | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| Parafuso Esponjoso
6.5 mm R/16 Curta | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| Parafuso Esponjoso
6.5 mm R/32 Longa | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |
| Parafuso Metálico
4.5 mm | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | |

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F. para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Assinaturas do Médico

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico Especialista em Ortopedia
CRM: 8860
CPF: 823.078.704-20

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teses, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





Santa Luz
PARAÍSA
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

CNPF: 10.848.190/0001-53

Data: 24/02/2020

Horas: 05:43:38

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 12/02/2020 DH1 - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO

Data: 24/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

| Item | Prescrição | Aproçamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h | |
| 3 | CEFTIRAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA
AME 12h/12h 21/30
Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF | |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h | |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h
Reconstituir 2 ML ABD. | |
| 6 | RANITIDINA CLORIDRATO 30 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 12h/12h
Diluir em 100 ML SF | |
| 7 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE
NECESSARIO 8h/8h | |
| 8 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | |
| 9 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE
NECESSARIO | |
| 10 | FISIOTERAPIA MOTORA | |
| 11 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 12 | HIGIENE ORAL | |

EVOLUÇÃO

DATA: 24/02/2020 HORA: 05:43:18

2º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA

SEG. ESTÁVEL

NV: OK

E.O. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 6843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão





PANAMA
Hospital de Base de Curitiba

CNPJ: 10.448.190/0001-55

Data: 25/02/2020

Horas: 09:47:23

Médico(a) Diarista: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIJ - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Internação: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 25/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

| Item | Prescrição | Aproximadamente |
|------|--|-----------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h | 12 18 |
| 3 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D
Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF | 18 06 |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h | 12 18 24 06 |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h
Reconstituir 2ML ABD. | 18 06 |
| 6 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO 8h/8h | SN |
| 7 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | 06 |
| 8 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | 18 |
| 9 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO | SN |
| 10 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | 18 06 |
| 11 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 12 | HIGIENE ORAL | |

EVOLUÇÃO

DATA: 25/02/2020 HORA: 09:46:34

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

3º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA

PACIENTE EVOLUI EM BEM, ESTÁVEL

NV: OK

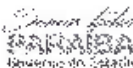
EO. COM LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro





Médico (a) Diarista : Flávia Regina Barros De Almeida

DADOS DO PACIENTE:

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermagem: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

MÉDICO(A): Edilson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Adequamento |
|------|---|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 18x50 12h/12h | |
| 3 | PIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 18x50 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 30 MG SEM DILUENTE E.V. 18x50 12h/12h
Reconstituir 2ML ABD, | |
| 5 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 18x50 FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | |
| 6 | OMEPRAZOL 20 MG VO, 1CAPS. 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 7 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 18x50 24h/24h (ADM AS 12h) | |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 18x50 FAZER SE NECESSÁRIO | |
| 9 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 10 | HIGIENE ORAL | |
| 11 | DECUBITO MUDANÇA 2h/2h | |

EVOLUÇÃO

DATA:16/03/2020 HORA:08:49:27

ORTHOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOI: 2/4+

CDs

SPM

AGENDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Helisson Barros De Almeida

Approved: _____
Date: _____



27/02/2020

10.1.1.148/projetohlog/imprprio.php?malasa=2020-02-27&contar=2112279&DC=93519

CNPJ: 00.848.190/0001-55

Data: 27/02/2020

Hora: 07:31:48

Médico (a) Diarista: Wagner de Melo Falcão



PARAIBA
Governador de Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 27/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

| Item | Prescrição | Apresentação |
|------|--|--------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO 12h/24h | |
| 3 | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP. 12h/12h
Reconstituir 2ML 4Hh. | |
| 5 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | |
| 6 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 7 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/3ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | |
| 9 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 10 | HIGIENE ORAL | |
| 11 | DECBITO MUDANÇA 2h/2h | |

EVOLUÇÃO

DATA: 27/02/2020 HORA: 07:34:23

ORTOPEDIA

6º DIH

PCT SEGUE EM BEG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÉRMIAS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-005 8843

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohlog/imprprio.php?dataazi=2020-02-27&contar=2112279&DC=93519

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:10:36

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410103559200000071208367

Número do documento: 23070410103559200000071208367

Num. 75587339 - Pág. 53

28/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-28&conhar=2112279&IDC=93752



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

CNPJ: 10.545.190/0001-55

Data: 28/02/2020

Hora: 03:43:16

Médico (a) Diretor(a): Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 27/02/2020 DIH - 6

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermidade: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO

Dia 28/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão

| Item | Prescrição | Apropramento |
|------|--|--------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML EV. 18RASCO, 12h/12h | |
| 3 | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML EV. 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | LENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EV. 1PRA AMP. 2h/12h
Reconstitua 2ML ASD. | |
| 5 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 5h) | |
| 6 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV. 1AMPOLA, FAZER SE
NECESSÁRIO 8h/8h | |
| 7 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 23h) | |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV. 1AMPOLA, FAZER SE
NECESSÁRIO | |
| 9 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 10 | HIGIENE ORAL | |
| 11 | DECUBITO MUDANÇA 2h/2h | |

EVOLUÇÃO

DATA: 28/02/2020 HORA: 03:43:06

ORTOPEDIA

7º DIH

PCT SEGUE EM REG. ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTURMIAS

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

BOR: 2/4+

CP:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RS 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-28&conhar=2112279&IDC=93702

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:10:36

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410103559200000071208367

Número do documento: 23070410103559200000071208367

Num. 75587339 - Pág. 54



Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
PAPAIBA
Hospital de Referência de Pernambuco

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/03/2020

Horas: 09:11:06

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

JK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Idê: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIN - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 02/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

| Item | Prescrição | Aproçamento |
|------|---|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 PRASCO, 12h/12h | |
| 3 | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h
Reconstituir 2ML ABD. | |
| 5 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 6 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | S/N |
| 7 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0.4 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | 2 |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | S/N |
| 9 | DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h | |
| 10 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 11 | HIGIENE ORAL | |

EVOLUÇÃO

DATA: 02/03/2020 HORA: 09:10:35

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

CR/R/S





Secretaria de Saúde
PERNAMBUCO
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/03/2020

Hora: 08:54:53

Médico (a) Otorista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHF - 10

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 03/03/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição | Apresentação |
|------|---|--------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h | 1/2 |
| 3 | DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h | 1/2 |
| 4 | TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRA AMP, 12h/12h | 1/2 |
| 5 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. CAPS, 24h/24h (ADM AS 5h) | 1/2 |
| 6 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | 1/2 |
| 7 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | 1/2 |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 3 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | 1/2 |
| 9 | HIGIENE ORAL | 1/2 |
| 10 | DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h | 1/2 |
| 11 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | 1/2 |

EVOLUÇÃO

DATA: 03/03/2020 HORA: 08:54:39

ORTOPEdia

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





Parauapebas
Município do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/03/2020

Horas: 10:26:36

Médico (a) Dia lista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DHF - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 04/03/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

| Item | Prescrição | Apazamento |
|------|---|------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h | |
| 3 | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. (TRA AMP, 12h/12h) | |
| 5 | Reconstituir 2ML ABD, ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | |
| 6 | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 7 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | |
| 9 | CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS | |
| 10 | HIGIENE ORAL | |
| 11 | DECUBITO MUDANÇA 2h/2h | |

EVOLUÇÃO

DATA: 04/03/2020 HORA: 10:25:58

ORTOPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

REG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1+/4+

CU: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LABORATÓRIO DA GULUUA
CRM/PA 5523



06/03/20

9:55

PA 97x57

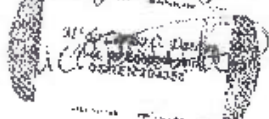
pubro 96

Temp 36.4

feito o amparo

a ano 05/03/20

medica do





Pará
Município de São João do Araguaia

CNPJ: 16.848.490/0001-55
Data: 08/03/2020
Hora: 11:04:55
Médico (a) Donista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 618 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 15

Clínica: ORTÓPEDIA 2 Enfermagem: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FÊMUR ESQUERDO

DIA 08/03/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira

| Item | Prescrição | Apropramento |
|------|--|--------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. TERASCO, 12h/12h | |
| 3 | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM BICUENTE E.V. IAMPOLA, 12h/12h
(Reconstituir 20ml. A1813) | |
| 5 | ONBANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/3ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | |
| 6 | OMIEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 7 | FXOXAPARINA SÓDICA 40 MG/84 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | |
| 9 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 10 | HIGIENE ORAL | |
| 11 | DECÚBITO MUDANÇA 2h/2h | |

EVOLUÇÃO

DATA: 08/03/2020 HORA: 11:04:02

ORTÓPEDIA

FRATURA EXPOSTA DE DIAFISE DE FÊMUR ESQUERDO Data de Internamento: 22/02/2020

17 DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

NV: PRESERVADO

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

DOR: 1+/4+

COM FIXADOR EXTERNO LINEAR DE FÊMUR

PO: SECA, SEM SINAIS DE FLOGOSE

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

DA Everlan Meira
Cirurgião - 13.000.000.000
CRM-PA 9500





Dr. Eldimar Soares de Araújo
PATOS DE MINAS
Hospital de Base

CNPJ: 10.848.190/0001-53

Data: 09/03/2020

Hora: 11:48:10

Médico (a) Danista: Eldimar Soares De Araújo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2003 Admissão: 22/02/2020 DJH - 16

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

DEA 09/03/2020

MÉDICO(A): Eldimar Soares De Araújo /

| Item | Prescrição | Aprovação |
|------|--|-----------|
| 1 | DIETA LIVRE APOS RPA | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCOS 12h/12h | |
| 3 | CEFTRIAXONA SÓDICA 1G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP 12h/12h OD/5D
Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF | |
| 4 | DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA 8h/8h | |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h
Reconstituir 2ML ABD. | |
| 6 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h | |
| 7 | OMEPRAZOL 20 MG VO. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 8 | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) | |
| 9 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | |
| 10 | FISIOTERAPIA MOTORA | |
| 11 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |
| 12 | HIGIENE ORAL | |
| 13 | DE CUBITO MEDIANCA 2h/2h | |

EVOLUÇÃO

DATA: 09/03/2020 HORA: 11:47:41

ORTOPEDIA
TRANS OP SEM INTERCORRENCIAS
A SRPA

SOL RXS DE CONTROLE

Dr. Eldimar Soares de Araújo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6986
CPF: 043.078.784-26

ASSINATURA + CARIMBO
Eldimar Soares De Araújo



Número do Prontuário: 183124 DATA DA CIRURGIA: 09/03/2020

Número do Atendimento: 2112279 Clio: ORTOPEDIA 2 / EnC: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020

Atendimento: 2112279

Diagnóstico Pré-Operatório: FX FEMUR ESQ

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: RMS + OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: *Neto*

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA +

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO;

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR E + DIVULSAO POR PLANOS

05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS

06- REDUÇÃO CRUENTA ++ FIXACAO COM PLACA DCP 4.5MM

07- SF0.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO

08- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURA

09- CURATIVOS

St. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.784-20

Data 09/03/2020

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo



[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|---|--|
| PACIENTE Alex dos Santos Souza - IN: 02/08/2001 | | | | | GOVERNO DA PARAIBA | |
| QI | LEITE 303 | CONVENIO SUS | IDADE 18 | REGISTRO 2212270 | RECEITA DE PREÇOS DE SERVIÇOS | |
| CIRURGIA Exatista de Bócio | | | CIRURGIÃO Dr. Eudênio | | Hospital de Referência e Pronto Soc. Lúcia Corrêa Fernandes | |
| ANESTESIA Raquel | | | ANESTESIA Dr. Alexson | | | |
| INSTRUMENTADORA | | DATA 22/09/20 | INÍCIO 03:00 | FIN 04:00 | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Qtd. | FIOS | | | |
| 01 | Adrenalina amp. | 01 | Calgut cromado Sertix | | | |
| 01 | Atropina amp. | 01 | Calgut cromado Sertix | | | |
| 01 | Diazepam amp. | 01 | Calgut cromado Sertix | | | |
| 01 | Dimetac. amp. | 01 | Calgut Simplex Sertix | | | |
| 01 | Dobutrina amp. | 01 | Calgut Simplex Sertix | | | |
| 01 | Etidina m. | 01 | Calgut Simplex Sertix | | | |
| 01 | Fenegam amp. | 01 | Calgut Simplex Sertix | | | |
| 01 | Fentani m. | 01 | Cera pl. ossa | | | |
| 01 | Insulina m. | 01 | Ethibond | | | |
| 01 | Ketalar m. | 01 | Ethibond | | | |
| 01 | Mercurio 5% ml | 01 | Ethibond | | | |
| 01 | Nubeta m. | 01 | Fio de Agulha Sertix | | | |
| 01 | Pavilon amp. | 01 | Fio de Agulha Sertix | | | |
| 01 | Preparação amp. | 01 | Fio de Agulha Sutupak | | | |
| 01 | Propofol m. | 01 | Fio de Agulha Sutupak | | | |
| 01 | Quelid m. | 01 | Fio de Agulha Sutupak | | | |
| 01 | Rapifen amp. | 01 | Fio de Agulha Sutupak | | | |
| 01 | Tramontal m. | 01 | Fio de Agulha Sutupak | | | |
| 01 | Tridol m. | 01 | Fio de Agulha Sutupak | | | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | Qtd. | SOROS | | | |
| 01 | Agua Destilada amp. | 01 | SG Normotônico fr 500 ml | | | |
| 01 | Decadron amp. | 01 | SG Gelado fr 500 ml | | | |
| 01 | Dipirona amp. | 01 | SG Hipertônico fr 500 ml | | | |
| 01 | Flaxico amp. | 01 | SG Ring fr 500 ml | | | |
| 01 | Fabozol m. | 01 | SG fr 500 ml | | | |
| 01 | Gomexina amp. | 01 | | | | |
| 01 | Glucose amp. | 01 | | | | |
| 01 | Glucose de Celso amp. | 01 | | | | |
| 01 | Hidrocort. m. | 01 | | | | |
| 01 | Hoparema m. | 01 | | | | |
| 01 | Kanakon amp. | 01 | | | | |
| 01 | Lasix amp. | 01 | | | | |
| 01 | Madrol m. | 01 | | | | |
| 01 | Finil amp. | 01 | | | | |
| 01 | Protalina | 01 | | | | |
| 01 | Pavlon amp. | 01 | | | | |
| 01 | Sorplac m. | 01 | | | | |
| 01 | Sulfadiazina m. | 01 | | | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | Qtd. | ORTOSE E PRÓTESE | | | |
| 01 | Agulha desc. 25 x 7/12 | 01 | Ortese e Prtese | | | |
| 01 | Agulha desc. 28 x 28 | 01 | | | | |
| 01 | Agulha desc. 3 x 4,5 | 01 | | | | |
| 01 | Agulha p. ranço n° 25 | 01 | | | | |
| 01 | Acid. de Enfiamento | 01 | | | | |
| 01 | Acid. de Enfiamento | 01 | | | | |
| 01 | Aladras de Ciproon | 01 | | | | |
| 01 | Aladras de Cessada | 01 | | | | |
| 01 | Azul. mullens amp. | 01 | | | | |
| 01 | Benzina m. | 01 | | | | |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 Adriana R. F. L. Ferreira
 COREN - 227764





PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 16.848.198/0001-55

Data: 10/03/2020

Horas: 09:57:43

Médico(a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2112279 Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 02/08/2001 Admissão: 22/02/2020 DIH - 17

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DÍFISE DE FEMUR ESQUERDO

DIA 10/03/2020

MÉDICO(A): Edilton Soares De Araujo / MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

| Item | Prescrição | Apresentação |
|------|---|--------------|
| 1 | DIETA LIVRE APOS RPA | |
| 2 | SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h | |
| 3 | CETIRIAZONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP 12h/12h 10/5D
Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF | |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 06/06h | |
| 5 | TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h
Reconstituir 2ML ABD. | |
| 6 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h | |
| 7 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) | |
| 8 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/4 ML S.C. ISERINGIA, 24h/24h (ADM AS 22h) | |
| 9 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO | |
| 10 | FISIOTERAPIA MOTORA | |
| 11 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | efe |
| 12 | HIGIENE ORAL | efe |
| 13 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | efe |

EVOLUÇÃO

DATA: 10/03/2020 HORA: 09:56:49

ORTOPEDIA

1 dia evoluindo bem sem intercorrências

el curativo retirar dreno

OK

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Médico(a) Diarista
CRM: 5557



11/03/2020

ETCC-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DR. LUIZ GONZAGA PEREIRA S/S - CNPJ: 06.954.266/0001-92
Av. M. J. Pinheiro Brito, 4708 - Malhada, Chapinhal Grande - PE, CEP: 55012-909
Telefones: (0800) 11 333 0111 / (0800) 11 333 0111 / (0800) 11 333 0111 / (0800) 11 333 0111



PARAJIBA
Hospital de Estado



PARAJIBA
Hospital de Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data da Internação: 22/02/2020 Data da Alta: 11/03/2020

Registro: 2112279

Tempo de Permanência: 18315

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cirurgia: SINTESE

Data: 09/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

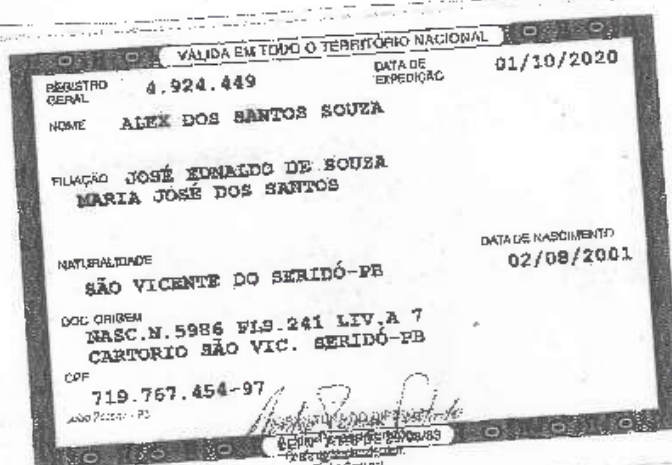
Data: 11/03/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

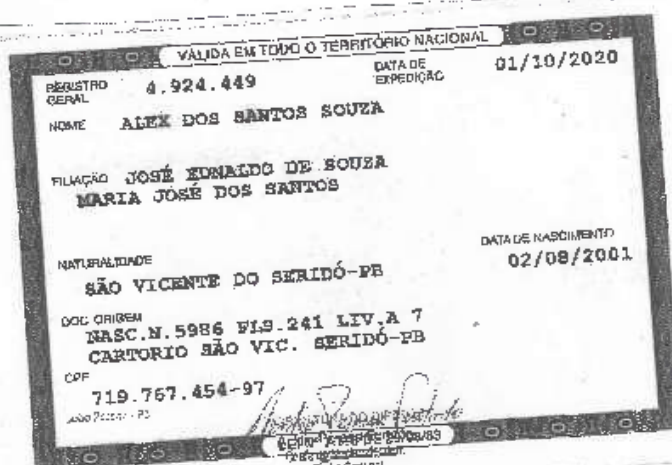
RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues













PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

719.767.454-97

Alex dos Santos Souza

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Número:

10 - Complemento:

12 - Bairro:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

23 - Estado civil da vítima:

24 - Data do acidente da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (as) nascos?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós/avós?

34 - Vítima deixou irmãos?

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - () Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª - Nome:

39 - 2ª - Nome:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: Fátima Lima
Enviado em: quarta-feira, 29 de março de 2023 11:26
Para: Margarida
Cc: THATIANA PIRES BELLOT; CRISTINA LIMEIRA ALVES; Katherine Moraes
Assunto: RES: Aut 9327 - Pendente - 3220048422 - ALEX DOS SANTOS SOUZA

Sinalizador de acompanhamento:

Status do sinalizador: Acompanhar
Sinalizada

Margarida, boa tarde.
De acordo!

Atenciosamente,

Fátima Lima

Gerência de Sinistros
fatima.lima@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4038



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115 - 19º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 29 de março de 2023 11:21
Para: Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>
Cc: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: Aut 9327 - Pendente - 3220048422 - ALEX DOS SANTOS SOUZA

Fátima,

Favor autorizar o cadastramento pela 9327, sinistro anterior cancelado na fase de reprogramação.

Obrigada.

Margarida Manso

Gerência de Sinistro
margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600





www.seguradoralider.com.br

Av Rio Branco, 115 – 19º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 29 de março de 2023 08:46

Para: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>

Cc: CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>

Assunto: Aut 9327 - Pendente - 3220048422 - ALEX DOS SANTOS SOUZA

Margarida,

Solicito autorização para cadastramento em Dep Especial. Processo cancelado na fase de reprogramação.

DU.: 27/03/2023

Valor a pagar: 4.725,00 (conforme apurado no processo cancelado 3220048422).

| Detalhe de Sinistro | | |
|---------------------|------------------------------|--|
| Sinistro | Qualificação | Pessoas |
| Pagamento | Histórico | Preexistência |
| Data | Ação | Comentários |
| 07/12/2022 10:13 | Cancelamento por inatividade | Sinistro cancelado por inatividade. |
| 08/10/2022 10:12 | Rejeitar pagamento | Solicitamos o envio de novo formulário " pela vítima/beneficiário/representante le e, se possível, um comprovante bancário |
| 08/10/2022 10:12 | Pagamento | Nome do beneficiário: ALEX DOS SANTO
Banco: 104
Agência: 00041
Conta: 000863386958
Dígito: 4
Banco pagador: Brasil
Data do retorno do banco: 01/01/1900 0
Estado: Estorno
Descrição da rejeição: TIPO DE OPERA |
| 29/09/2022 00:01 | Marcar prioritário | O sinistro foi marcado com a indicação d
Parecer da Análise Médico Documental e
SOUZA (EQ3), conforme relatório anexo |

Atenciosamente,

Thatiana Bellot

Gerencia de Sinistros

thatiana.bellot@seguradoralider.com.br





www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115, 19º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP 20040-004

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048422 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO P.5 / PLACA E PARAFUSOS P.21,22)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos
membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006742 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 05 21 22 //
CONFORME PARECER DE ANÁLISE MÉDICO-DOCUMENTAL EMITIDO EM SINISTRO Nº3220048422 28/09/2022,
CANCELADO EM FASE DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos
membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006742 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 05 21 22 //
CONFORME PARECER DE ANÁLISE MÉDICO-DOCUMENTAL EMITIDO EM SINISTRO Nº3220048422 28/09/2022,
CANCELADO EM FASE DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos
membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048422 **Cidade:** Nova Palmeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO P.5 / PLACA E PARAFUSOS P.21,22)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos
membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PROCURAÇÃO

Outorgante: Alex dos Santos Souza, brasileiro(a),
unido(a) est(ve)l, ceramista, portador(a) do RG nº.
4.924.449 expedido por SSP / PB em 04/10/2020 e do CPF nº.
719.767.454-97, residente na (o)
Sítio Riacho dos Cabros,
município de São Vicente - PB, CEP 58159-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ALEX dos Santos Souza, ocorrido em
22/02/2020 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização do Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí, 13 de Abril de 2021.



Alex dos Santos Souza
outorgante



PROCURAÇÃO

Outorgante: Alex dos Santos Souza, brasileiro(a),
unido(a) est(ve)l, ceramista, portador(a) do RG nº.
4.924.449 expedido por SSP / PB em 04/10/2020 e do CPF nº.
719.767.454-97, residente na (o)
Sítio Riacho dos Cabros,
município de São Vicente - PB, CEP 58159-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

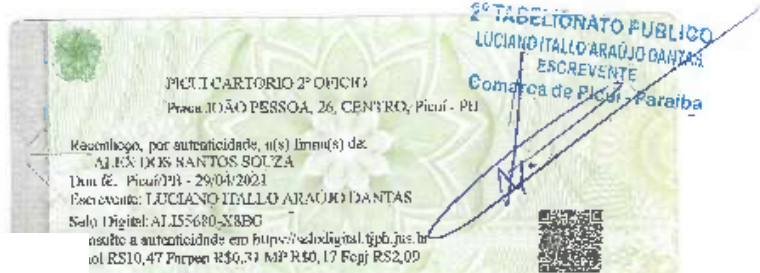
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alex dos Santos Souza, ocorrido em
22/02/2020 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização do Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí, 13 de Abri de 2021.



Alex dos Santos Souza
outorgante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006155/23

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

CPF: 719.767.454-97

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

Data do acidente: 22/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ALEX DOS SANTOS SOUZA : 719.767.454-97

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: 30/03/2023
Nome: ALEX DOS SANTOS SOUZA
CPF: 719.767.454-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2023
Nome: CRISTINA LIMEIRA ALVES
CPF: 041.380.364-31

ALEX DOS SANTOS SOUZA

CRISTINA LIMEIRA ALVES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026871/22

Vítima: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Data do acidente: 22/02/2020

CPF: 719.767.454-97

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ALEX DOS SANTOS SOUZA : 719.767.454-97

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: 23/09/2022
Nome: ALEX DOS SANTOS SOUZA
CPF: 719.767.454-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2022
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ALEX DOS SANTOS SOUZA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

