

2017-6-15

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170216121 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

CPF/CNPJ: 01638168407

Posição em 15-06-2017 18:27:57

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

| Data do Pagamento | Valor da Indenizacao | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 02/06/2017 | R\$ 337,50 | R\$ 0,00 | R\$ 337,50 |

ACESSIBILIDADE

([/Pages/Acessibilidade.aspx](#)) ([/Pages/Atalhos-de-Telado.aspx](#))

▲ □ ▢ ◉

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))
Documentos Invalidez Permanente ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))
Documento Morte ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))
Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))



PAGUE SEGURO

Como Pagar ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))
Consulta a Pagamentos Efetuados ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))



ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo.aspx](#))





| | |
|---|-----------------------|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
| REGISTRO GERAL | 3.811.391 |
| NOME RENATO SOUTO CABRAL | |
| DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2009 | |
| FILIAÇÃO JOSÉ CALDAS CABRAL ODETE SOUTO CABRAL | |
| NATURALIDADE | DATA DE NASCIMENTO |
| CAMPINA GRANDE-PB | 24/10/1989 |
| DOC. OFICIAL N. 86013 FLS.60V LIV.A75 | |
| CARTORIO CAMPINA GRANDE PB | |
| CPF | |
| João Pessoa - PB | ASSINATURA DO DIRETOR |
| LEIA P. 116 DE 29/08/83 | |

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
016.593.744-05

Nome
RENATO SOUTO CABRAL

Nascimento
24/10/1989

VÁLIDO SÓMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9EBB.25BA.0AF0.C6AF

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:29:45 do dia 23/10/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





FECHINE
SERVIÇO NOTARIAL
4º OFÍCIO



ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS
TABELIÃO

SARAH DA SILVA FECHINE
TABELIÃ



LIVRO.: 0470

FOLHA: 176



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de fevereiro do ano de 2017 (dois mil e dezessete), no **FECHINE - SERVIÇO NOTARIAL**, situado na R. Marques do Herval, 58 - Centro - Campina Grande - PB - Fone: 3321-3002, lavro este instrumento público de procuração, em que, perante mim **Antonio Hamilton Fechine Dantas, Titular**, compareceu como OUTORGANTE: **ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**, brasileira, solteira, do lar, portadora do Documento de Identidade nº 3.655.417-2^avia-SSDS/PB, inscrita no CPF/MF nº 016.381.684-07, residente e domiciliada na Rua Zena Brasileira, nº 23, Araxá, Campina Grande-PB; identificada como a própria por mim Notária, à vista dos documentos de identidade apresentados, do que dou fé; perante mim por ela me foi dito que constituía e nomeava seu bastante procurador: **RENATO SOUTO CABRAL**, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do Documento de Identidade nº 3.811.391-SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 016.593.744-05, residente e domiciliado no mesmo endereço supra mencionado; a quem confere poderes para representá-la junto a quaisquer Repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Autarquias, Sociedade de economia mista, empresas estatais e paraestatais, no comércio, indústria, perante a qualquer instituição bancária e de crédito, bancos em geral, oficiais e/ou privados, perante Ministérios, Justiça do Trabalho, Receita Federal, Serviços Notariais, Registras, DETRAN de todo Território Nacional, Consulados e Embaixadas, Empresas de Telecomunicações Fixa e Móvel, Empresas de Cartão de Crédito, Empresas de Plano de Saúde, bem como representá-la junto ao SEGURO DPVAT, e com esta se apresentar, podendo tudo resolver, requerer, recorrer, ajustar, praticar, assinar em nome da outorgante, juntar, desentranhar, retirar, apresentar e assinar documentos exigidos, formular requerimentos, petições, efetuar pagamentos, apresentar, assinar e rubricar propostas, desentrenhar documentos, receber quantias através de cheques nominativos a ela outorgante, passar recibos, dar quitação, emitir e receber correspondências, encomendas, e/ou quaisquer remessas postais; receber DUT, fazer transferências de veículo em nome da Outorgante, pagar taxas e emolumentos, assinar recibos de transferência, podendo comprar bens móveis e imóveis, podendo representá-la junto a Cartórios de Registro de Imóveis para ali assinar escrituras, requerer e receber Certidões, firmar clausulas e condições, assinar o que for preciso, requerer e receber toda e qualquer documentação que se faça necessário; podendo se responsabilizar por aluguéis de imóveis em nome da Outorgante, assinar contratos, distratos, estipular valores, receber o valor dos aluguéis, propor ação de despejo se preciso for, podendo resolver qualquer assunto de interesse da mesma; podendo representá-la junto a quaisquer instituições bancárias, inclusive junto ao Banco Caixa Econômica Federal e neles abrir, movimentar e/ou encerrar contas correntes e/ou poupanças, requerer, renovar, receber e desbloquear cartão magnético e/ou Eletrônico, cadastrar senha, receber e/ou alterar senhas, podendo emitir, endossar cheques, autorizar cobranças, utilizar o crédito aberto na forma e condições que assim achar conveniente, indagar saldos, solicitar extratos, efetuar saque, assinar e receber guias de retiradas, firmar clausulas e condições de depósitos, efetuar pagamentos, sustar, e contra-ordenar cheques, cancelar cheques, baixar cheques, efetuar resgates de aplicações financeiras, podendo então assinar propostas, contratos, ajustar clausulas e condições, acordar e discordar, assinar documentos necessários, requerer, apresentar documentos exigidos, assinar formulários, guias, fazer requerimentos, prestar declarações, concordar com regulamentos, podendo receber vencimentos, salários, pensões e demais vantagens,

Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 07/06/2019 17:30:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060717301430700000021228307
Número do documento: 19060717301430700000021228307

Num. 21856017 - Pág. 3

autorizar débitos, transferências e pagamentos por carta ou outro meio legal, movimentar contas de depósitos, requisitar talões de cheques, notas promissórias, depositar e retirar dinheiro, recambiar moedas, fazer depósitos, transferências, receber e dar quitação, transigir, assinar e firmar compromissos, renunciar direitos, confessar, endossar, aceitar e avalizar títulos, resolver qualquer assunto de interesse da Outorgante; Com poderes ainda o dito outorgado, nomear e constituir Advogado para o foro em geral com a clausula "ad judicia", podendo defender os direitos e interesses da Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública Federal, Estadual e Municipal, podendo propor ação competente em que a outorgante seja autor, réu ou reclamante, e defendendo-a quando for interessado ou requerido, podendo solicitar audiência, participar delas, opinar, acordar, discordar, assinar o que for preciso, prestar declarações, requerer ação competente, acompanhar até final conclusão, assinando petições, recebendo notificações, podendo apresentar toda e qualquer documentação necessária, assinar o que for preciso, pagar taxas, preencher formulários, podendo ainda contestar, reclamar, recorrer, requerer, assinar e firmar compromissos, enfim praticar todos os atos relativos e necessários para o fiel desempenho deste mandato. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pela outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FARFEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,01, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 18,46, sendo os Emolumentos 92,32, pagos em 24/02/2017. Selo Digital: ADU78877-FC4S. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. Leonardo Alves dos Santos, brasileiro, casado, Serviços gerais, portador do Documento de Identidade nº 3.541.727-2^avia-SSDS/PB, inscrito no CPF/MF nº 015.880.584-41, residente e domiciliado na Rua Professor Florípedes Gomes da Cruz, nº 197, Jeremias, Campina Grande-PB, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo da outorgante que DECLAROU SER ANALFABETA e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Shirlaine de Sousa Melo (_____), Escrevente Autorizada, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, SHIRLAINE DE SOUSA MELO – Escrevente do Fechine - Serviço Notarial, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) ROZICLEIDE SOUTO CABRAL.

Em testemunho (_____) da verdade.

Shirlaine de Sousa Melo
SHIRLAINE DE SOUSA MELO

- ESCREVENTE -

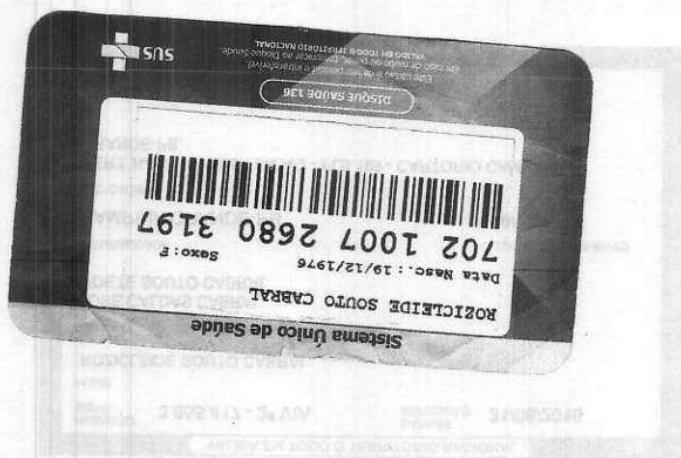
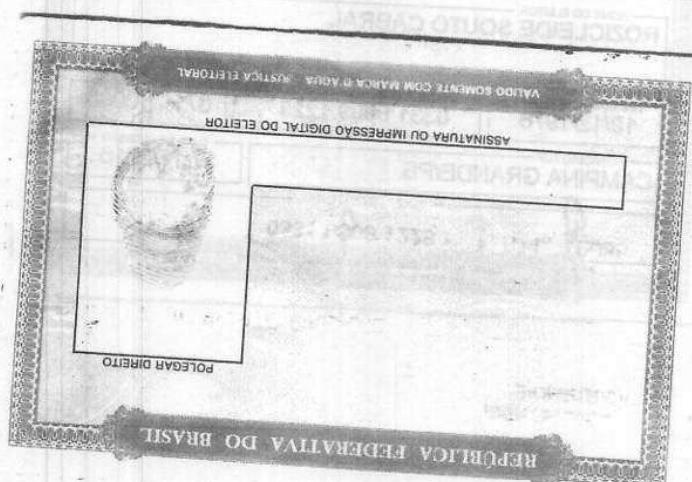


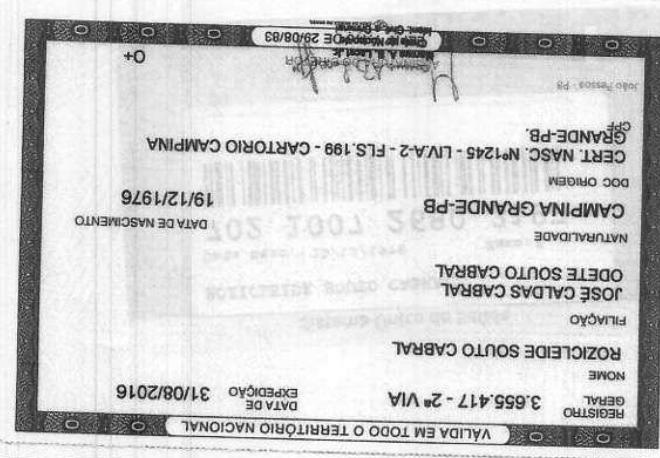


[Imprimir](#)

/via.suiterfb.receita.fazenda/via/private/pages/regularizar alterar cpf comprova... 17/11/2016







Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 07/06/2019 17:30:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906071730155000000021228316>
Número do documento: 1906071730155000000021228316

Num. 21856026 - Pág. 3

| | | | |
|---|--|---|--|
| GOVERNO DA PARAÍBA SUS | | SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO: Código da Unidade: 000223871 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25 | |
| FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL | | | |
| DADOS DO PACIENTE | | | |
| PRONTUÁRIO N°: 13056885 ROSICLEIDE SANTOS CABRAL (M) | | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO Idade: 35,0 Documento SEM DOCUMENTO Araxá Rua Genor Brasileiro, 51 Bairro: Centro Município: CAMPINA GRANDE CEP: 58040-000 Estado: Pernambuco Cód. Sigilo do Município: 250400 Data Atendimento: 07/06/2016 DTA. NASCIMENTO: 06/06/1981 QUEIMAS: ACIDENTE DE MOTO | |
| TIPO DE ATENDIMENTO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 01 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS | | | |
| MEDICAÇÃO | | | |
| <input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA <input type="checkbox"/> 02 - APLICADA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO SE PREVISTAS <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO(S) HOSPITAL <input type="checkbox"/> INTERNACAO <input type="checkbox"/> OUTROS | | | |
| ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: <p>Vítima de acidente de moto, com queimaduras de 2º e 3º grau, tatuagem na perna direita, com queimadura de 2º grau, tatuagem na perna esquerda, com queimadura de 2º grau, tatuagem na perna esquerda, com queimadura de 2º grau, tatuagem na perna esquerda.</p> | | | |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE | | | |
| TIPO | | | |
| <i>Pacote de adesivo cirúrgico, tira, lenço, gaze e ferme D, uso EST</i> | | | |
| RESULTADOS | | | |
| MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS | | | |
| 1. SE 0,9% 100ml EV 2. Dipirona 500mg + AD EV 3. Nitro 40mg + AD EV 4. | | | |
| ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO | | | |
| ASS. DO PROFISSIONAL / ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) | | | |
| ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) | | | |
| DIAGNÓSTICO / CID: | | | |



GOVERNO
DA PARÁIBA

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA D.O.M.**

Ficha de Acolhimento

Nome: Roseliode Santos, Cabral
Nº: 1111111111 S/N

Bairro: Anaia

End: R. JONAS BRASIL
Data de Nascimento: 33 Anos.

Documentos de Recaudación

Queixa: Hist. clín. Data do Atend.: 01-22
Acidente de trabalho? () Sim () Não

ão

Classificação de Risco

Aspecto: () Calmo ()

Frequência cardíaca

temperatura axial.

Mucosas: ()

87

Estruturação

(✓) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(*) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Eveline de Souza Barrosa

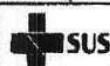
~~Permeira~~
CORREIO 31072

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 1

Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 07/06/2019 17:30:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060717301550000000021228316>
Número do documento: 19060717301550000000021228316

Num. 21856026 - Pág. 5



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - S. 5001
Marc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

06/00/2021

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Bompre 300-000

PB

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Frotoes faro



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

mot urge

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

Frotoes faro

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Aristóteles Quirino de Oliveira () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CIRURGIA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA () CRM 6817 TEOT 12637

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cirurgião Dr. Charlesubland, 200 CRM 6817 TEOT 12637

33 - I) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

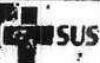
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Sistema Único de da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOUCITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO
249.599

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
06/06/1981

9 - SEXO
Masculino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Bom Jardim

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
PIB

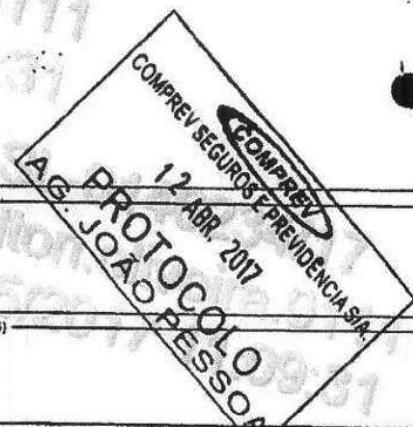
15 - UF
PI

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Frotou para



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trot cague

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

Ru

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Frotou para

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Frotou para

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - DOCUMENTO
Dr. Aristóteles Oliveira Neto

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

CRM 681 / 160312637

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
CRM 681 / Rua Dr. Antônio Lúcio, 206

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
CRM 681 / 160312637

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
CRM 681 / Rua Dr. Antônio Lúcio, 206

32 - PESQUISA DE TUBERCULOSIDADE
CRM 681 / 160312637

33 - PESQUISA DE HEPATITES
CRM 681 / 160312637

34 - PESQUISA DE SIDA
CRM 681 / 160312637

35 - PESQUISA DE SIDA

36 - PESQUISA DE SIDA

37 - PESQUISA DE SIDA

38 - SERIE

39 - PESQUISA DE SIDA

40 - CHAVE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADA () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGANIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº DO REGISTRO DA CONSELHO)





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

| Critério para alta de recuperação pós anestésico | Hora entrada | Hora saída |
|--|--------------|------------|
| Nenhum Movimento = 0 | | |
| Movimento 2 membros = 1 | | 9 |
| Movimento 4 membros = 2 | | 9 |
| Apnéia - 0 | | 2 |
| Respiração Limitada, Dispnéia = 1 | | 2 |
| Respiração profunda e tosse = 2 | | |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 | | 8 |
| PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 | | 8 |
| PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | 8 |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 | | |
| Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 | | 8 |
| Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2 | | |
| Não responde ao chamado = 0 | | |
| Despertado ao chamado = 1 | | 2 |
| Completamente acordado = 2 | | 0 |
| TOTAL DE PONTOS | | |

Felipe Emanuel de Q. Ferreira
Médico Anestesiologista
CBMPB - 7919

Assinatura Anestesista

| |
|---------------------------------------|
| COMPREV SEGURAS E PREVIDÊNCIA S.A. |
| 12 ABR. 2017 |
| PROTOCOLO |
| AG. JOÃO PESSOA |





**GOVERNO
DA PARAÍBA** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A).
Cajoraf. PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°. 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 02 / 06 / 16 A 16 / 07 / 16 NECESSITANDO DE
90 (Noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 16 / 07 / 16 *Hallisson Barros de Almeida*
Assessoria de Biomaterials
Ass. do Médico Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, Dr., autorizo o
codificado CID ou por extenso neste atestado médico
a registrar o diagnóstico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2017

PROTOCOLO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|--------------|---------------|------|
| SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE | | HUECG | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMAGEM | LEITO | Nº PRONTUÁRIO | |
| FOLHA DE ANESTESIA | | Nome: Rosiclerde Santos Gómez | | | | IDADE: 39 | SEXO: F. | COR: |
| DATA 07/07/116 | PRESÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | | |
| | TIPO SANGUÍNEO HEMACUS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS | | |
| URINA | | | | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE | | |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | | |
| AP. DIGESTIVO | | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO | | | | |
| ESTADO MENTAL | | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | | HIPOTENSORES | | |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO | | Fratura expurada de fémur | | ESTADO FÍSICO | | RISCO | | |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA | | | | APLICADA | AS | EFEITO | | |
| AGÊNCIA ANESTÉSICOS | | | | | INDUÇÃO | | | |
| | | | | | Satisf.: Excel. | Tosse: | | |
| Líquidos | 56 | | 100 | | Laringo espasmo: Lenio. | | | |
| | | | | | Náuseas: Vômitos: | | | |
| Outros: | | | | MANUTENÇÃO | | | | |
| | | | | ① Conf. | ② Retração | | | |
| | | | | ③ Tensão | ④ Euforia | | | |
| | | | | ⑤ Nauséas | ⑥ | | | |
| | | | | ANESTESIA SATISF.: Sim. Não. | | | | |
| | | | | Não, por quê? | | | | |
| DESPERTAR | | | | | | | | |
| Reflexos na SO: | | | | CONDIÇÕES: | | | | |
| Obstr.: Co: | | EXCE: | | | | | | |
| Náuseas: Vômitos: | | | | | | | | |
| Outros: | | | | | | | | |
| Com cânula: | | | | | | | | |
| Para o Leito Sim. Não | | | | | | | | |
| CÂNULAS | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | | 0 - Y | | COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIAS | | | | |
| POSIÇÃO | | Decubito tij. | | 17 ABR. 2017 | | | | |
| AGENTES | | Neostamina + Rimonaf | | PROTOCOLO | | | | |
| TÉCNICA | | Regional anestesia | | AG. JOAO FETO | | | | |
| OPERAÇÃO | | Prof. Firmino Afonso | | PROTOCOLO | | | | |
| CIRURGIOS | | Dr. Edimundo | | EST. HUECG | | | | |
| ANESTESISTAS | | Armando Lucas | | PROTOCOLO | | | | |





**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRÂMUA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------|----------------------------|----------------------------|---------------------|--|----|---|---|
| BOLETO DE ENERGIA - LÓGICO | | | | | | | | | |
| 1. NOME: | Rosicleide Santos Lateral | | | | | | | | |
| IDADE: | 35 | SEXO: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | DATA DE NASCIMENTO: | | | / | / |
| SETOR: | Aula turma | | | LEITO: | | | 15 | | |
| 2. DIAGNOSTICO MEDICO: | Trombo de pílula | | | | | | | | |
| 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| 4. ALERGIAS: | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | QUAIS: | | | | | |
| 5. USO DE DIPOSITIVO: | | | SONDAS: SVD <input checked="" type="checkbox"/> | SNG <input type="checkbox"/> | SOG <input type="checkbox"/> | TOT <input type="checkbox"/> | TRAQUEOST. | |
| VENOSO: ACESSO V. CENTRAL <input type="checkbox"/> | ACESSO V. PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> | | DRENOS: DRENOTx <input type="checkbox"/> | DRENO VAC <input type="checkbox"/> | | DRENO SUCCÃO <input type="checkbox"/> | | |
| 6. DADOS VITais | PA: | T: | FR: | FC: | | PESO: | | |
| 7. RISCO DE ÚLERA POR PRESSÃO: | ALTISSIMO RISCO <input type="checkbox"/> | ALTO RISCO <input type="checkbox"/> | RISCO MODERADO <input type="checkbox"/> | BAIXO RISCO <input type="checkbox"/> | | SEM RISCO <input type="checkbox"/> | | |
| 7. PRESENÇA DE ÚLERA: | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | ESTÁGIO | I | II | III | IV | V |
| 8. SISTEMA CARDIÁCO: | BRADICARDIA <input type="checkbox"/> | TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> | ARRITMIA <input type="checkbox"/> | PRECORDIALGIA <input type="checkbox"/> | | RITMO NORMAL <input type="checkbox"/> | | |
| 9. SISTEMA NEUROLOGICO: | COMASTOSO <input type="checkbox"/> | SEDADO <input type="checkbox"/> | TOEPOROSOS <input type="checkbox"/> | LETARGICO <input type="checkbox"/> | DESORIENTADO <input type="checkbox"/> | ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> | AGITADO <input type="checkbox"/> | |
| 10. DÉFÍCIT MOTOR: | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> | HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> | PARESIA <input type="checkbox"/> | RESTRITO NO LEITO <input checked="" type="checkbox"/> | | SEM DÉFÍCIT MOTOR <input type="checkbox"/> | | |
| 10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: | VENT ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> | DISPÉICO <input type="checkbox"/> | TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> | EUPNÉICO <input type="checkbox"/> | BRADPNÉICO <input type="checkbox"/> | VENT. MECAN. INV. <input type="checkbox"/> | | |
| 11. AUSCULTA: | RONCO <input type="checkbox"/> | SIBILOS <input type="checkbox"/> | | ESTERTORES <input type="checkbox"/> | | NORMAL <input type="checkbox"/> | | |
| 11. SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE) | NORMAL <input type="checkbox"/> | POLURIA <input type="checkbox"/> | | OLIGURIA <input type="checkbox"/> | | SVD <input type="checkbox"/> | | |
| | DUSURIA <input type="checkbox"/> | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> | | ANURIA <input type="checkbox"/> | | HEMATURIA <input type="checkbox"/> | | |
| 12. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações | PRESENTES <input type="checkbox"/> | AUSENTES <input type="checkbox"/> | | DIARRÉIA <input type="checkbox"/> | CONSTIPADO <input type="checkbox"/> | MELENA <input type="checkbox"/> | | |
| 12. ABDOME | PLANO <input checked="" type="checkbox"/> | FLÁCIDO <input type="checkbox"/> | GLOBOso <input type="checkbox"/> | DISTENDIDO <input type="checkbox"/> | COLOSTOMIA <input type="checkbox"/> | OUTROS <input type="checkbox"/> | | |
| 13. ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> | | OBESO <input type="checkbox"/> | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/> | | | |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

- | PREScrição DESENEFERMAGEM | | APLICACiOES | ASSinATURA |
|--|--|-------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITais | | 6/6 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BALANCO HIDRiCO | | 12/12 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMiA CAPiLAR DURANTE A PERMANEiCIA DO PACiENTE NA ÁREA VERMELHA | | 6/6 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATiVO, COM TÉCNICA ASSÉPTiCA SE HOUVER SUJiDADe | | sempre | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGiSTiCO EM INCiSÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES | | sempre | |
| <input checked="" type="checkbox"/> AVALiAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE | | 6/6 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGUEMENTOS | | | |





1.º GOVERNO - SECRETARIA DE SAÚDE
2.º DIAPOSITIVA INSTITUCIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LAR DA SERRA FERNANDES

07/06/2017 10:09:31
CÓDIGO DE EPILOGO: 00000000000000000000000000000000

DIAGNÓSTICO
F. A. S. V. T. M. O. C. D. P. R. M. P.
de fator - u (D)

| Paciente | Prescrição | Alojamento: | Lato | Convênio | Evolução Médica |
|------------|---|-----------------|------|----------|-----------------------------------|
| 01/07/2017 | 1. Dete. h.c. Hcl 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Timaz 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/06h | C 24h 06h | - | - | EVOLUÇÃO: ESTABILIZADA, SEM QUÍM. |
| | 6. Cetamina 1000mg + AD EV 06/06h 7. Inf. glic. 5% 1000ml + AD EV 06/06h 8. Cetamina 1000mg + AD EV 06/06h 9. SRL 1500 + AD 06/06h | - | - | - | EVOLUÇÃO: STABILIZADA, SEM QUÍM. |
| | COMPROV. SEGUROSE PREVIDENCIASIA | - | - | - | CD: VPA |
| | 12 ABR. 2017 | - | - | - | |

**COMPRAVIS
PROTÓCOLO
PROTÓCOLO
PROTÓCOLO**

WAGNER FOLHADO
OPERADOR MANUTENÇÃO
OPERAÇÃO PE 000



ASL-0146234/17
adailton.oliveira.0111
16/05/2017 11:09:31

ASL-0146234/17
adailton.oliveira.0111
16/05/2017 11:09:31

CARTÃO DE RETORNO

| | | | | |
|-----------------------|--|----------------------------------|---|--|
| 98435 444 L | | SUS | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | |
| GOVERNO DA PARAÍBA | | PACIENTE: | | |
| | | Rosilene Santos | | |
| | | FOTO: | | |
| | | DATA DO ATENDIMENTO: | | |
| | | Nº PRONTUÁRIO: | | |
| | | DIAGNÓSTICO: | | |
| | | PROCEDIMENTO: | | |
| | | MÉDICO (CARIMBO): | | |
| | | Habilitado para atender paciente | | |

COMPRE SEU RÉGIME PREVIDENCIÁRIA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

12 ABR 2017



02 - 04 - 16
P-A - 130x80
Sat 98%

7- 64

Raciante conservado
orientado colateralmente
junto cuidados gerais
e curativo medicado
em caso levado
suspenso com queixas
aos cuidados de enfermeiros.

ASL-0146234/17
adailton.oliveira.0111
16/05/2017 11:09:31

| | |
|-----------------|------------------------|
| COMPARECER | SEGUROS E PREVIDÊNCIAS |
| 12 ABR. 2017 | |
| PROTÓCOLO | |
| AG. JOÃO PESSOA | |

01 - 07 - 16
Raciante conservado
orientado colateralmente
não queixas medicado
em caso levado
aos cuidados de enfermeiros

ASL-0146234/17
adailton.oliveira.0111
16/05/2017 11:09:31

ASL-0146234/17
adailton.oliveira.0111
16/05/2017 11:09:31

ASL-0146234/17
adailton.oliveira.0111
16/05/2017 11:09:31





**GOVERNO
DA PARÁBA**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

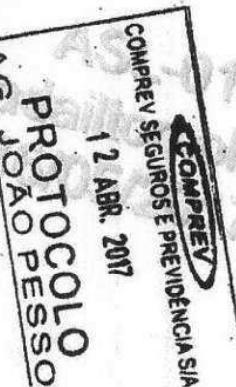
ATESTADO

Rosa dae de Souza

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A)

Cesar af.
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N° 522 NO CID DURANTE
O PERÍODO DE 07 / 06 / 16 A 16 / 02 / 17 NECESSITANDO DE

90 (Nove) dias de afastamento de suas atividades.
Campina Grande, 10 / 02 / 17



AUTORIZAÇÃO

Eu, Dr. [Signature], autorizo o _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



DIAGNÓSTICO
Rx Subluxação D.º/m
de Fimur D.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Função | Sintomas | Alojamento: | J | Leito | J | Convênio |
|---|----------|---|-----------------|-------|--------|--------|-----------------|
| Prescrição Médica | | | | | | | |
| Data | 1. Dieta | 2. SRL 1500ml AD EV 24h | 3. Sulf - 2x100 | 4x100 | 10x100 | 10x100 | Evolução Médica |
| Da/01/16 | laxante | 2.5RL 1500ml EV/24h | 2x100 - 2x100 | 2x100 | 2x100 | 2x100 | De quedo |
| - | - | 3. Dipirona 02ml+AD EV 05/06h (V.D) | 2x100 | 2x100 | 2x100 | 2x100 | - |
| - | - | 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h | 5x10 | 5x10 | 5x10 | 5x10 | - |
| - | - | 5. Omeprazol 40mg EV/jejum | 1x10 | 1x10 | 1x10 | 1x10 | - |
| - | - | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h(SN) | 5x10 | 5x10 | 5x10 | 5x10 | - |
| - | - | 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h(SN) | 1x10 | 1x10 | 1x10 | 1x10 | - |
| - | - | 8. Clexane 40mg SC/dia | 1x10 | 1x10 | 1x10 | 1x10 | - |
| - | - | 9. SSWV + CGCG | 1x10 | 1x10 | 1x10 | 1x10 | - |
| EVOLUÇÃO | | | | | | | |
| Há 10 dias o paciente apresentou queixa de dor no joelho esquerdo, com limitação de movimento e dificuldade para caminhar. Foi realizada radiografia que evidenciou subluxação do joelho esquerdo. Foi realizada redução manual e colocada imobilização com coxa e joelho em 90°. O paciente foi encaminhado para cirurgia de realinhamento da articulação. Foi realizada cirurgia e colocada imobilização com coxa e joelho em 90°. O paciente evoluiu bem, sem complicações. Foi realizada radiografia pós-operatória que evidenciou realinhamento da articulação. O paciente foi alta para casa com orientações de uso de coxa e joelho em 90° e uso de muletas. Foi prescrita medicação para alívio da dor e inflamação. O paciente deve retornar ao hospital para avaliação e remoção da imobilização. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE ALIMENTAÇÃO | | | | | | | |
| O paciente está recebendo alimentação enteral via sonda nasogástrica. A alimentação é fornecida por meio de bomba de infusão contínua, com uma taxa de infusão de 100 ml/hora. A alimentação é composta por uma mistura de líquidos e sólidos, incluindo água, suco de frutas, leite e puré de vegetais. A alimentação é fornecida por meio de bomba de infusão contínua, com uma taxa de infusão de 100 ml/hora. A alimentação é composta por uma mistura de líquidos e sólidos, incluindo água, suco de frutas, leite e puré de vegetais. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| O paciente está recebendo medicamentos para alívio da dor e inflamação. Os medicamentos prescritos são: 1) Dipirona 02ml+AD EV 05/06h (V.D); 2) Tilitil 20mg + AD EV 12/12h; 3) Omeprazol 40mg EV/jejum; 4) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h(SN); 5) Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h(SN); 6) Clexane 40mg SC/dia; 7) SSWV + CGCG. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE TRAMUTOCES | | | | | | | |
| O paciente está recebendo tratamento com fisioterapia e massagem para alívio da dor e inflamação. A fisioterapia é realizada duas vezes por dia, com duração de 30 minutos cada sessão. A massagem é realizada uma vez por dia, com duração de 30 minutos. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma previdência social. A previdência social é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de seguro social para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE SEGURO DE VIDA | | | | | | | |
| O paciente é segurado por um seguro de vida. O seguro de vida é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de seguro de vida para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda pessoal. A agenda pessoal é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda pessoal para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar comprovante de agenda profissional para receber tratamento. | | | | | | | |
| COMPROVANTE DE AGENDA PESSOAL PROFISSIONAL | | | | | | | |
| O paciente é segurado por uma agenda profissional. A agenda profissional é responsável por fornecer assistência médica e tratamento ao paciente. O paciente deve apresentar | | | | | | | |

DOCUMENTO 6 *T6%



GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.
DIRETORIA GERAL
NÚCLEO DE AUDITORIA

CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 07 de junho de 2016 (Atendimento nº. 1305885), pelas 00:48h, foi **ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**, nascida em 19/12/1976, natural de Campina Grande/PB, portadora da Cédula de Identidade nº. 3.655.417 SSDS/PB, inscrita no CPF sob o nº. 016.381.684-07, filha de José Caldas Cabral e Odete Souto Cabral, residente e domiciliada na Rua Genor Brasileiro, s/n, Araxá, Campina Grande/PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se, **ROZICLEIDE SANTOS CABRAL**, leia-se **ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**.

Certificamos, ainda, que a paciente, apresentou Cédula de identidade e CPF da paciente onde constam os dados corretos da mesma.

Campina Grande/PB, 07 de março de 2017

Hospital de Emerg. e Trauma
D. Luiz Gonzaga Fernandes

Rodrigo Araújo Celino
Chefe do Núcleo de Auditoria
Matrícula: 157.816-2 - OAB/PB 12.139

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): *Rosana da Costa Souza*
PORTADOR(A) DA CARTERA PROFISSIONAL N°.

SÉRIE *C-100* ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º *522* NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE *07 / 06 / 16* A *16 / 07 / 16* NECESSITANDO DE

90 (Noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Hullisson Barros de Almeida
Cirurgião-Dentista
CRM

PROTÓCOLO
AG. JORAO PESSO

12 ABR. 2017

COMPROV. SEGUNDO E PREVIDENCIÁRIA
COMPREV

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o _____ a registrar o diagnóstico

Dr., _____ codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



Secretaria de Estado do
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 00079.01.2017.2.00.420

DOCUMENTO 1 'T1%



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 06/06/2016

Hora: 00:13:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Canal de Bodocongó, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

| | |
|--------|--|
| VITIMA | Name: Rozieleide Souto Cabral Conhecido por: Não informado Filiação: Odete Souto Cabral e José Caldas Cabral Idade: 40 Data de Nascimento: 19/12/1976 Identidade de Gênero: feminino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: solteiro(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Serviços Gerais Documentos(s) de Identificação: RG nº 3655417 SSP/PB Endereço: Rua- Zena Brasileiro, 23, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98735-4441 |
| | Name: Josinaldo Virginio Rocha Conhecido por: Não informado Filiação: Maria do Socorro Virginio Rocha e Severino Rocha Xavier Idade: 43 Data de Nascimento: 17/09/1973 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: divorciado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro Documentos(s) de Identificação: RG nº 1705327 SSP/PB Endereço: Rua- Pedro Francisco do Nascimento, 28, Malvinas, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: Não informado |



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.336.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Taberlão

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 23/03/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Taberlão

SELO DIGITAL: AEW02514-LFL0
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial Nº: 00079.01.2017.2.00.420

L
15

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de março de 2017.

SEVERINO DIB CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Noticiante

JOSINALDO VIRGINIO ROCHA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

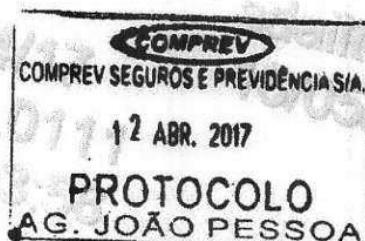


CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exposto
Campina Grande **230317**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW02516-COTG
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



Procedimento Policial Nº:00079.01.2017.2.00.420

2/2



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 07/06/2019 17:30:22
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060717302069500000021228482>
Número do documento: 19060717302069500000021228482

Num. 21856042 - Pág. 5

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Leandro Lopes dos Santos
Conhecido por: Não informado
Filiação: Rita Lopes dos Santos e Leodemor Alves dos Santos
Idade: 30 Data de Nascimento: 09/09/1986 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Comerciário
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3624505 SSP/PB
Endereço: Rua Profº. Eoripedes Gomes da Cruz, 203, Jeremias, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98622-0847

TESTEMUNHA

Nome: Ana Paula Vicira da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Francisca de Paula Rodrigues Vicira e Adalberto Jacinto da Silva
Idade: 28 Data de Nascimento: 22/03/1988 Identidade de Gênero: Não informado
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: João Pessoa
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3081182 SSP/PB
Endereço: Rua- Professor Eoripedes Gomes da Cruz, Jeremias, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

SELO DIGITAL: NEW02535-75VY
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 125 FAN ES, tipo de veículo Motocicleta, cor preta, ano 2013, placa OGA-5926, chassi 9C2JC4120DR548854, renavam 0054698750-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

| | |
|-------------|---|
| PARTE PARTE | Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2 |
| | (1) Rozicleide Souto Cabral (VITIMA) |

| | |
|-------------|---|
| PARTE PARTE | Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2 |
| | (1) Josinaldo Virginio Rocha (VITIMA) |

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.645/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tecelão

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

230317

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tecelão

HISTÓRICO

Informa a comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa da motocicleta Honda/CG 125 FAN ES, Ano/Modelo 2013/2013, cor preta, Placa OGA-5926-PB, Chassi de Nº 9C2JC4120DR548854, licenciada em nome de Emerson Soares da Silva, quando trafegavam no Canal de Bodocongó, momento em que ao passar numa curva do Canale o piloto da moto perdeu o controle de direção da moto, vindo a chocar-se contra uma árvore, onde ambos caíram ao solo, tendo a comunicante sofrido fratura do Femur na perna direita, enquanto que o piloto da moto o Senhor JOSINALDO VIRGINIO ROCHÀ, este caiu ao solo e sofreu fratura exposta do braço direito, que ao ser medicado foi amputado o braço direito, sendo ambos socorridos pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente.

Procedimento Policial Nº:00079.01.2017.2.00.420



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 07/06/2019 17:30:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060717302229700000021228483>
Número do documento: 19060717302229700000021228483

Num. 21856043 - Pág. 1