



(/)

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
02/06/2017	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

#### ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>



</Pages/Atalhos-de-Tedado.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-da->



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236




Renato Souto Cabral  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.811.391 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2009

NOME RENATO SOUTO CABRAL

FILIAÇÃO JOSÉ CALDAS CABRAL  
ODETE SOUTO CABRAL

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 24/10/1989

DOC. ORG. NASC. N. 86013 FLS. 60V LIV. A75  
CARTORIO CAMPINA GRANDE PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.116 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 SOMENTE 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](http://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 3.655.417-2ª via-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 Notarias, Registrais, 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 instituição 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,

Rua Marques do Herval, 58 - Centro - 58400-087 - Campina Grande - Paraíba - Fone: 83 - 3321-3002 Fax: 83 - 83-3321-4061

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 cláusula “ad judicium”, 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 FARPEN - 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 lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. Leonaldo Alves dos Santos, brasileiro, casado, Serviços gerais, portador do Documento de Identidade nº 3.541.727-2<sup>a</sup> via-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**  
- ESCRIVENTE -







MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**016.381.684-07**

Nome  
**ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**

Nascimento  
**19/12/1976**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**AB65.72F1.8F91.013F**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 13:54:56 do dia 17/11/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

Imprimir

[/via.suiterfb.receita.fazenda/via/private/pages/regularizar\\_alterar\\_cpf\\_comprova...](#) 17/11/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAÍBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



**NÃO ALFABETIZADO**  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELETORAL

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR



POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SUS

DISQUE SAÚDE 136

702 1007 2680 3197

Sexo: F

Data Nasc.: 19/12/1976

ROZICLEIDE SOUTO CABRAL

Sistema Único de Saúde



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA**

NOME DO ELEITOR  
**ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**

DATA DE NASCIMENTO <b>19/12/1976</b>	Nº INSCRIÇÃO <b>0331 8809 1228</b>	D.V. <b>071</b>	ZONA <b>0088</b>	SEÇÃO
---	---------------------------------------	--------------------	---------------------	-------

MUNICÍPIO / UF  
**CAMPINA GRANDE/PB**

DATA DE EMISSÃO  
**17/11/2016**

JUIZ ELEITORAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.655.417 - 2ª VIA**

NOME  
**ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**

FILIAÇÃO  
**JOSE CALDAS CABRAL**

NOME DO ELEITOR  
**ODETE SOUTO CABRAL**

NATURALIDADE  
**CAMPINA GRANDE-PB**

DOC ORIGEM  
**CERT NASC. Nº1245 - LIV.A-2 - FLS.189 - CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB**

DATA DE NASCIMENTO  
**19/12/1976**

DATA DE EMISSÃO  
**31/08/2016**

+0



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO: ... CNPJ: 08-778.269/0001-60  
 Código da Unidade: 00023671  
 Nome: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
 Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Estado: PARAIBA UF: 25  
 Município: CAMPINA GRANDE

DADOS DO PACIENTE

Nome: PRONTUÁRIO Nº: 1305885 Sexo: FEMININO  
 Profissão: ROSICLEIDE SARAIVA CABRAL Documento: SEM DOCUMENTO  
 Endereço: RUA GENOR BRASILEIRO, SN Estado: Paraíba CEP: ARAÇA  
 Município: CAMPINA GRANDE Cidade do Município: 25040  
 Data Atendimento: 07/06/2016 Código de Município: 00388 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO  
 Data Nascimento: 09/09/1981

RAÇA/COR ( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA ( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDIGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

*Viêm de acidente de moto, com lesão na perna direita, fratura da tíbia e fíbula, com lesão da articulação do tornozelo. Paciente com dor no local da lesão, com dificuldade de mobilidade da perna direita. Exame físico: sem alterações significativas.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO: *RAI X coluna cervical, tórax, fíbula, tíbia e perna D, USG FASE I*

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. SE 09: 200ml EV
2. Diquimato 1g/3ml + AD EV
3. Solução 10mg + AD EV
- 4.

DIAGNÓSTICO / CID: *Poli-trauma*

TIPO DE ATENDIMENTO

35.0  
 01 - URGÊNCIA  
 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA  
 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRABALHO  
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO  
 01 - PRESCRITA  
 02 - APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS  
 CODIGO / PROCEDIMENTO

ENCAMINHAMENTO  
 OBSERVAÇÃO  
 OUTRO HOSPITAL  
 RESIDÊNCIA  
 OUTROS

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(ES) - CARIMBO(S)	ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO	ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)
<i>Dr. Danilo ...</i>		

REALIZADA EM: 07/06/2019

Num 21856026





*Assinado pelo Sme*

**Ficha de Acolhimento**

Nome:	<i>Roseli de Santos Cabral</i>	Bairro:	<i>Anavia</i>
End:	<i>Rua: Raimundo Bealheiro S/N</i>	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	<i>35 Anos</i>	Data do Atend.:	<i>07-06-16</i>
Queixa:	<i>Acid. de</i>	Hora:	<i>00:40</i>
Acidente de trabalho?	<i>( ) Sim ( ) Não</i>	Documento:	
<b>Classificação de Risco</b>			
<i>Não</i>			
Nível de consciência:	<i>( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo</i>	Aspecto:	<i>( ) Calmo ( ) Excitado</i>
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	<i>( ) Normocorada ( ) Pálida</i>
Deambulação:	<i>( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca</i>		

**Estratificação**

*Classificação*  
*( ) Vermelho - atendimento imediato*  
*( ) Verde - atendimento até 4 horas*

*( ) Amarelo - atendimento até 1 hora*  
*( ) Azul - atendimento ambulatorial*  
Eveline de F. C.N. Barbosa  
Enfermeira  
CRÉD. Nº 310.725

Assinatura e carimbo do profissional

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS PREVIDENCIA S/A**  
12 ABR. 2017  
**PROT. 000**  
**AG. JOAO PESSOA**

ASL-017  
Edição: 11/05/2017  
16/05/2017





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

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

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  
06 / 06 / 1971

9 - Sexo:  Masc.  Fem.  **3**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Santa Rita**

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF  
**RJ**

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fredue para*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*not urgente*

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

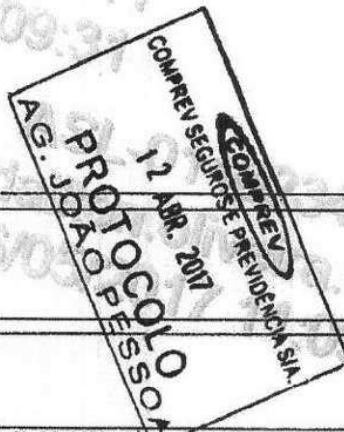
*Fredue para*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS



**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Prof. Luiz de Jesus*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE SOCIAL, FISIOTERAPEUTA, FISIÓLOGO, FISIOTERAPEUTA, FISIÓLOGO, FISIOTERAPEUTA, FISIÓLOGO)

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE SOCIAL, FISIOTERAPEUTA, FISIÓLOGO, FISIOTERAPEUTA, FISIÓLOGO)

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
*7/6/16*

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SERIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
 EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *Fredes Jan*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 249.579

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1981

9 - SEXO: Masc.  1 Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *Bom Jesus grande*

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 919

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Fredes Jan*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *trat urgue*

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fredes Jan*

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 ABR 2017  
AG. PROTOCOLO PESSOA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *trat urgue*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: *Dr. Anstóteles Queiroz Neto*

27 - DOCUMENTO:

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Dr. Anstóteles Queiroz Neto*

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Dr. Anstóteles Queiroz Neto*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO:

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHADOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SERIE:

39 - CNPJ DA EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - COD. ORG. EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:







**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**

Critério para alta de recuperação pós anestésico	*Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apréia - 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>10</b>

Felipe Emanuel de O. Ferreira  
Médico Anestesiologista  
CRM/RB - 7919

Assinatura Anestesista







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECC</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO													
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Rosicleide de Freitas S. Silva</i>		IDADE <i>39</i>	SEXO <i>F</i>	COR													
DATA <i>07/07/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA													
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URÉIA	OUTROS													
URINA																			
AP. RESPIRATÓRIO					ASIA	BRONQUITE													
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA														
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOCO	AP. URINÁRIO														
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura fechada de fêmur</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO													
ANESTESIAS ANTERIORES																			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA AS	EFETO														
AGENTES ANESTÉSICOS	<table border="1"> <tr> <td>INDUÇÃO</td> <td>Satisf.: <u>Excl.</u></td> <td>Tosse:</td> </tr> <tr> <td>Laringo espasmo:</td> <td><u>Lenf.</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Náuseas:</td> <td><u>Vômitos:</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							INDUÇÃO	Satisf.: <u>Excl.</u>	Tosse:	Laringo espasmo:	<u>Lenf.</u>		Náuseas:	<u>Vômitos:</u>		Outros:		
	INDUÇÃO	Satisf.: <u>Excl.</u>	Tosse:																
Laringo espasmo:	<u>Lenf.</u>																		
Náuseas:	<u>Vômitos:</u>																		
Outros:																			
LIQUIDOS	<table border="1"> <tr> <td>56</td> <td>50</td> <td>NU</td> </tr> </table>							56	50	NU									
56	50	NU																	
CÓDIGOS VP. ART.: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA; O - OPERAÇÃO																			
	<p>MANUTENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① <i>café</i></li> <li>② <i>DEXAMETAS</i></li> <li>③ <i>Tranquiliz</i></li> <li>④ <i>Efedra</i></li> <li>⑤ <i>NAUSEM</i></li> </ul>																		
ANESTESIA SATISF.: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>																			
Não, por quê? _____																			
DESPERTAR																			
Reflexos na SO: _____																			
Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excl: _____																			
Náuseas: _____ Vômitos: _____																			
Outros: _____																			
Com cânula: _____																			
Paro o Leito Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>																			
CONDIÇÕES: _____																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<p><i>0 - Y</i></p>																		
POSICÃO	<i>Decúbito sup.</i>																		
AGENTES	<i>NEOCLON T 10mg</i>																		
TÉCNICA	<i>R. inj. anestesia</i>																		
OPERAÇÃO	<i>Red. fêmur fix. A. fixas</i>																		
CIRURGIÕES	<i>Dr. Eduardo</i>																		
ANESTESISTAS	<i>Alfredo Lucas</i>																		

COMPREVA PREVIDENCIARIA  
 17 ABR 2017  
 PROTOCOLOS  
 AG. JOAO











PRESCRITO

07/06/16  
08:30

#111111

~~paciente q vitima  
de abuso moral e verbal  
q agitação psicomotoria  
de natureza aguda.~~

Gua Stone: 130H, 140G, 150H

re exames e lab ex

renovar m

no diss na vende

re plan curar

verificar

Q

Dr. Francisco de Assis  
Médico Cirurgião

EVOLUÇÃO

07/06/16  
08:10

paciente vitima de abuso  
moral, no momento apresenta  
agitação e insônia com  
perda de peso e fome  
decepcionada com  
substituição de  
medicamentos  
revisão de  
medicamentos  
e exames.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

12 ABR 2017

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Francisco de Assis  
Médico Cirurgião  
CRM 1025





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

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

**SUS**  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOUTOR LUIZ GONZAGA FERNANDES

**CARTÃO DE RETORNO**

PACIENTE: Rosicleide Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 16 / 05 / 2017 FICHA: 01

Nº PRONTUÁRIO: 98735.444

DIAGNÓSTICO: Exame de urina

PROCEDIMENTO: Exame de urina

MÉDICO (CARIMBO): Edmundo

GOVERNO DA PARAIBA

ASSISTENTE SOCIAL: Edmundo

MOO. 129

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

COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A  
12 ABR 2017  
PROCCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



01-04-16  
PA-130X80  
Sot 58%  
P-64

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

Paciente com  
quintado colateral  
feito cuidados operac  
+ cuidados medicad  
em caso de  
suspenso com quixos  
aos cuidados de enfermeira

01-07-16  
PA-130X80  
P-43  
Sot 98%

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

Paciente com  
quintado colateral  
com quixos medicado  
em segue aos cuidados  
de enfermeira

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

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
12 ABR. 2017  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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







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

**ATESTADO**

Ron de Sauto

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Cabral PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A NO CID. DURANTE

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 572 NECESSITANDO DE

O PERÍODO DE 07 / 06 / 16 A 18 / 07 / 16

90 (Nove) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 10 / 7 / 16

Ass. do Médico Nº. do CRM \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr. \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

MOB. 060

COMPREV SÉGUROS E PREVIDENCIA S/A  
12 ABR. 2017  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0145234/17  
edailton.oliveira.0111  
16/05/2017 11:09:31

ASL-0145234/17  
edailton.oliveira.0111  
16/05/2017 11:09:31



DIAGNÓSTICO  
 Ex Substâncias Drogas  
 de Fimura D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento:	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
Renilde Souto	08/07/16	1. Dieta Líquida 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h (10) 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jelum. VO 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SN) 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h (SN) 8. Cloxane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	1018 1018 1018 1018 1018 1018 1018	<del>1018</del> <del>1018</del> <del>1018</del> <del>1018</del> <del>1018</del> <del>1018</del> <del>1018</del>			Indisposto BE6, entoad ANV Sum alivianp 00 - UPM
Halisson Barros de Almeida ORÇEBE E TRANSAUOLOEM CRM - 178 8652							
Halisson Barros de Almeida ORÇEBE E PREVIDENCIA SU CRM - 178 8652							

12 ABR. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSC





**GOVERNO DA PARAIBA**

**HOSPITAL DE EMERGENCIA 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.

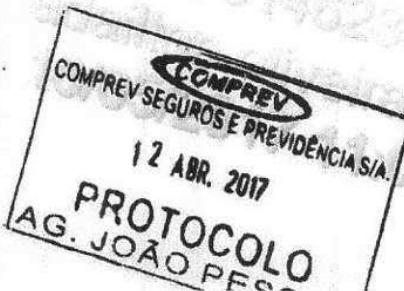
Campina Grande/PB, 07 de março de 2017

Hospital de Emerg. e Trauma  
D. Luiz Gonzaga Fernandes

Rodrigo Araújo Celino  
Chefe do Núcleo de Auditoria  
Matricula: 157816-2 - 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 PARAIBA**

**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):

*Romilson de Souto*

PORTADORA(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_

ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 532 NO CID. DURANTE

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

90 (Nove) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 16 / 7 / 16 Ass. do Médico Hollisson Barros de Almeida  
Certificado de Assinatura

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

Dr. \_\_\_\_\_

Ass. do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

MOD. 060

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 ABR. 2017  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOAO PESSO**

16/05/2017 11:09:31  
146234/17  
16/05/2017 11:09:31  
146234/17  
16/05/2017 11:09:31  
146234/17

16/05/2017 11:09:31  
146234/17  
16/05/2017 11:09:31  
146234/17  
16/05/2017 11:09:31  
146234/17

16/05/2017 11:09:31  
146234/17  
16/05/2017 11:09:31  
146234/17  
16/05/2017 11:09:31  
146234/17







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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº00079.01.2017.2.00.420**

DOCUMENTO 1 "T19"



**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação I: 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)**

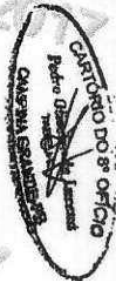
**VITIMA**

Nome: Rozicleide 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

**VITIMA**

Nome: Josinaldo Virgínio Roeha  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Maria do Socorro Virgínio 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

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
12. ABR. 2017  
AG. JOÃO PESSOA  
PROCOLO



**CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS**

Rua Marques do Herval/83 - Centro-Fone: 3941-6085

CNPJ: 09.366.545/0001-76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Tabelião

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

**23/03/17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

**SELO DIGITAL: AEW02514.LFLO**

Consulte a autenticidade em <https://selodig.ssp.pb.gov.br>

Procedimento Policial Nº:00079.01.2017.2.00.420



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

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



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 DE CARVALHO LOPES**  
Delegado(a) de Polícia Civil

**ROZICLEIDE SOUTO CABRAL**  
Noticiante

**JOSINALDO VIRGINIO ROCHA**  
Noticiante

**ADEMIR DA COSTA VILAR**  
Escrivão de Polícia

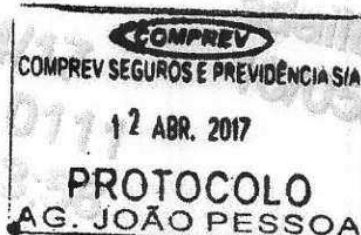


**CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085  
CNPJ: 09.365.745/0001 76  
Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

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

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

SELO DIGITAL: **AEW02516-C016**  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Procedimento Policial Nº:00079.01.2017.2.00.420

3/3



