



Número: **0808562-07.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISAAC MUNIZ LEAO (AUTOR)		ERIC SILVA DE OLIVEIRA (ADVOGADO) TAMARA ANDRADE SOARES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38698 404	25/01/2021 13:02	Petição	Petição
38698 405	25/01/2021 13:02	2622357_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
38698 407	25/01/2021 13:02	2622357_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ISAAC MUNIZ LEAO

Nº Sinistro: 3180501255

Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO

Data do Acidente: 15/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180501255**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13554276

Pag. 01145/01146 - carta_01 - INVALIDEZ

00020573



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ISAAC MUNIZ LEAO
Nº Sinistro: 3180501255
Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO
Data do Acidente: 15/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180501255**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar ilegível
- Documentos de identificação ilegível

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00523/00524 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13557852





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, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180501255

Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO

Data do Acidente: 15/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISAAC MUNIZ LEAO

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00515/00516 - carta_03 - INVALIDEZ

00050258



Carta nº 13825002





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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180501255

Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO

Data do Acidente: 15/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00953/00954 - carta_02 - INVALIDEZ

00050477



Carta nº 14134909





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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180501255

Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO

Data do Acidente: 15/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISAAC MUNIZ LEAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00607/00608 - carta_04 - INVALIDEZ

0060304



Carta nº 14203960





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10857215011
Número do Benefício: 6156248313 Espécie: 31
Número do Requerimento: 105701532
Nome: JOAO MUNIZ LEMO
Endereço: RUA ILAZZEIROS, 09, MALVINAS
CEP: 58422540 Município: CAMPINA GRANDE UF: PB
Assunto: Suspensão de Auxílio - 088, 94
Decisão: 71 - Por não ter Pedido
Motivo: Comprovação de Inexistência Laborativa
Fundamentação Legal: Art. 29 da Lei Nº 8.112, de 24-09-90; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº 5.748, de 06-06-1999; Portaria Ministerial Nº 4 de 2-08-2006, artigo 203 do PN DO INSS-PRÉ de 12-03-2007

Foi negado o seu pedido de Auxílio-Doença apresentado em 01/04/2020, em razão das informações que foi recebido e devido ao benefício não estar em situação de pagamento para o benefício.

Informação de recebimento: 01/04/2020

Notas: O requerente não apresentou a documentação exigida (Lei 8.112/90), a sua situação previdenciária não foi analisada para o pagamento do benefício, e houve a suspensão do benefício, mediante fundamentação do Pedido de Pagamento.

Artigo 71 do Decreto 5.748 (data da cessação do benefício, e por prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data da decisão, o benefício não será pago).

Recurso: Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Pedido de Pagamento ou Pedido de Recurso não poderá ser feito depois para o número 123 do Cadastro de Beneficiários do INSS, em razão da ausência de comprovação de vínculo empregatício no INSS.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

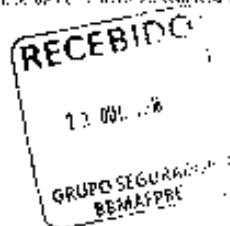
A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.

A Previdência Social informa que não se encontra em situação de pagamento do benefício, podendo ser solicitado o benefício em qualquer momento.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: 0400 - RA - CAMPINA GRANDE - PB
Endereço: Av. DESENVOLVIMENTO, 100 - JARDIM DE PAZ - CAMPINA GRANDE - PB
CEP: 58422540 - Município: CAMPINA GRANDE - PB UF: PB

Cartão de Responsabilidade: Responsável: 0400 - RA - CAMPINA GRANDE - PB
Assinatura: 0400 - RA - CAMPINA GRANDE - PB
Assinatura: 0400 - RA - CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Requerente / Representante Legal:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Suelio Moreira Torres, Muniz Leão
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.522.045 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 25/05/99 E
 CPF 32651010567-1 CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO
 R RENDA MENSAL DE R\$ 3000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Suelio Moreira Torres, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogravação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

COPIA DE 21 de SETEMBRO de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIMOS

DE 21

GRUPO SEGU -
BBMAF


ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 5.194/2009) e reembolso de até R\$ 2.790,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
 Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



[1] A difusão/informação não é instantânea, mas se trata de um processo físico-químico, melhor explicado, para a maioria, pela velocidade da luz e pela relatividade. A SR, BICO, na presença de 2 locais, sistemas, coisas e causas, como por exemplo, a 2ª-4ª e 6ª do intervalo do concedido, antes do preenchimento e assinar os. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Num. 38698405 - Pág. 8

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA:	83490711
	Comunicação:	C2041015
	* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1879812 - REGINALDO DUTRA DE ANDRADE FILHO Data/Hora do Acidente (hora local): 15/09/2016 08:10 BR: 104 KM: 149,0
 Município/UF: AROARIAS/PA Tipo de Acidente: Queda da motocicleta/bicicleta Sentido da Via: Descendente
 Faixa da Via: 3ª faixa da esquerda Condições da Pista: Seca Restrição da Visibilidade: Neblina
 Sinalização existente: Vertical/Horizontal Sinalização luminosa: Neblina Condição meteorológica: Sem Clima
 Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário de solicitação:
 Houve solicitação de perícia? Não Data e horário do
 A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

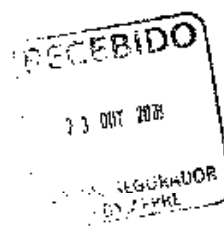
Uso do Solo: RPA Tipo de Localidade: Não especificada

Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Na desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 11
 Possui deflora? Possui meio-fio? Possui sarjeta?

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
 Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre
 Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
 Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Superelevação: Não
 Superlargura: Não Largura da Pista (m): 11 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	05/09/2016 08:17:51
NÚMERO DE CONTROLE:	Ar138a71d85a4d022

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 1





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83490711

Comunicação: C2041015

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

ESQUEMA

Local Parcialmente Deserto

LEGENDA

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Onibus
- Animal
- Capangote
- Caminhão
- Temperamento
- Incêndio
- Local de colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Contagado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Momento da Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/semi-reboque
- Triângulo de Amortecimento
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou derrapagem
- Desvio de Colisão

← CAMBIA TIPO DE VEÍCULO →

← CAMBIA TIPO DE VEÍCULO →

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em Quimanas/PB, BR 104, KM 149, verificamos através das vestígios, que V1, placa NQB8723, marca/marca, Honda/CB 750 380i, conduzido por Isaac Menezes Neto Junior, seguia fluxo no sentido decrescente da rodovia, quando, para não colidir na via lateral de um veículo não identificado que seguia em sua frente, fez uma manobra brusca para a esquerda e caiu da motoniveladora.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>


DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/09/2016 08:17:51
NÚMERO DE CONTROLE: AdSBz71d89edd022



* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 6



	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA: 83490711 Comunicação: C2041015 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
VEÍCULOS ENVOLVIDOS		
Placa: N06-6723 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2KD16NCR53328 Renavam: 00468866358	Marca/Modelo: HONDA/AGE 150 TITANERO Cor: VERMELHA Ano: 2012 Tipo: Motocicletas Empilhamento: CAMPINA GRANDE/PB	
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular	CPF/CNPJ: 335 010.594-15	
Proprietário: ISAAC MUNIZ LEAO	Endereço: RUA DAS JUAZEIRAS, 109 UETU9	
Município/UF:	Telefones:	
Celular:		
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA		
Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:
Placa U4:	Origem: BRASIL Destino: BRASIL	
CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO		
Manobra do Veículo no Acidente: <input checked="" type="checkbox"/> Seguir Trilha	Saida de Placa? <input type="checkbox"/> Não	Derapagem? <input type="checkbox"/> Não
Colisão com Objeto Fixo: <input type="checkbox"/> Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: <input type="checkbox"/> Não Houve	Capotagem? <input type="checkbox"/> Não
Colisão com Objeto Móvel: <input type="checkbox"/> Não Houve	Incêndio? <input type="checkbox"/> Não	
Marca de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: <input type="checkbox"/> Sim		
Descrição do Recolhimento:		
PAÇOS DA CARGA		
Carregamento:	Houve Desarrumamento de Carga? <input type="checkbox"/> Não	Extensão dos Danos:
Valor Total da Carga: R\$0,00	Produto Perigoso:	
Descrição da Carga:		
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO		
Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
Responsável pela Recepção:		
Documento do Responsável:		
Município/UF:	Descrição do Encaminhamento:	
CONDUCTOR ENVOLVIDO		
Veículo: VIN06-6723		
Nome/Apêlido: ISAAC MUNIZ LEAO JUNIOR		
Data de Nascimento: 03/02/1993	Sexo: Masculino	Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: ISAAC MUNIZ LEAO		
Nome da Mãe: JOSILINE MARIA SANTOS MUNIZ		
Endereço: END. RUA DAS JUAZEIRAS, 109		
Município/UF: CAMPINA GRANDE/PB	Telefones:	Celular: (43) 988469174
Grau de Instrução: Médio		
Nacionalidade: CARILHENSE	Nacionalidade: BRASIL	Ocupação Principal:
CPF: 008.342.804-71	Documento de Identificação: 3538388	Órgão Expedidor: SSP/PB
Origem:	Destino:	
Estado Físico: Leves Lesões	Socorrido pela PRF? <input type="checkbox"/> Não	Usava Cinto? <input type="checkbox"/> Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? <input type="checkbox"/> Não	Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? <input type="checkbox"/> Não	
Transcrição da Declaração:		
Conductor é Habilitado? <input type="checkbox"/> Sim	Categoria CNH: AB	Registro CNH: 05362949360/PB
Validade CNH: 28/07/2015	Pela CNH:	Domínio? <input type="checkbox"/> Não
Participa:	Km Percorridos:	Horas Dirigindo: Ignorado
Informações Complementares:		
ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR		
Tipo de Receptor:	Responsável pela Recepção:	Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável:		
Município/UF:	Motivo:	
Descrição do		
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: http://www.dptf.gov.br		
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/09/2018 08:17:51		
NÚMERO DE CONTROLE: 8d3hc71d89ad0022		



* Sempre passar o valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 3





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 93490711
Comunicação: C2041015
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo/VINQB-6723 /
Nome/Apelido: SAAC MUNIZ LEAO **Sexo:** Masculino **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe: **CEP:**
Endereço:
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 305.116.894-15 **Documento de Identificação:** **Órgão Expedidor:** **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Sim
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Portances:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** XXXXXXXX
Documento do Responsável: XXXXXXXX **Data/Hora da Recepção (hora local):** 15/04/2016 06:30
Município/UF: CAMPINA GRANDE/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 15/04/2016 08:17:57
NÚMERO DE CONTROLE: 8d38cf5d80edd022

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 6





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83490711

Comunicação: C2041015

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD		Placa: NQB-6723	
Nome do Agente/Assinatura: REGINALDO DUTRA DE ANDRADE FILHO		Nº BOAT: 83490711	
Registro/Matrícula do Agente: 1879812		Data: 15/08/2016 05:10	

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos não hidráulicos.	2	X		
2	Sist. de freio (diâmetro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, espionamentos, pinças, tambores, discos, etc.)	2		X	
3	Amortecedores (sem incluírem fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo dianteiro.	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo de roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, espionamentos, pinças, tambores, discos, pedais, etc.)	2		X	
9	Pedais do apoio do condutor e passageiro.	1		X	
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X		
11	Alça traseira.	1		X	
12	Assento (fixação e fôrmas).	2	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais		3		X	
A	Culatra de direção e mesas sup. inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedores (se) dianteiros (s)	3		X	
C	Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":		5			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale a(s) opção(ões) que melhor caracterizam o dano do veículo.

☒ **Dano de Pequena Montia:** até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.

☐ **Dano de Média Montia:** acima de 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum dos componentes estruturais.

☐ **Dano de Grande Montia:** quando tiver sido assinalado nas colunas "SIM" e "NA", pelo menos dois componentes estruturais, independentemente do somatório dos pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

Sim = Item danificado no acidente **NÃO** = Item não danificado ou não existente **NA** = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dppf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/08/2016 08:17:51
NÚMERO DE CONTROLE: ad38c71d85edd022

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 5





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83490711

Comunicação: C2041015

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: NOB-8723

Nome do Agente/Assinatura: REGINALDO CUNHA DE ANDRADE FILHO

Nº BOAT: 83490711

Registro/Matrícula do Agente: 1879912

Data: 15/08/2016 08:10



Fronte



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/09/2016 08:17:51

NÚMERO DE CONTROLE: Ad38e71d88edd922

RECEBIDO

23 OUT. 2016

GRUPO SEGURANÇA
BBMAFRE

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Isaac Miniz Leão,
portador da carteira de identidade nº 2.522.045 e inscrito no
CPF nº 305.040.594-15, residente e domiciliado na
Rua Dos Juazeiros, nº 109, Malvinas
Cidade Campina Grande, Estado PB, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto
Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro
DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

ISAAC MINIZ LEÃO
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação
Campina Grande, 21/09/18
Local e data

RECEBIDO
23 SET 2018
GRUPO SEGURADORA
BSM AT 22





Num. 38698405 - Pág. 17

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que JOÃO M L
JOÃO

fui atendido(a) hoje, às 13h
horas, necessitando de 02 SEMANAS
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DE OPERAÇÃO
DE MINORIA
DIAGNÓSTICO CID T09

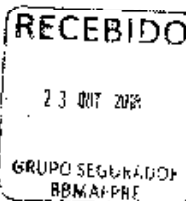
Campina Grande, 22 8 / 6

22 AGO 2021

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

União Av. Fortimar Pereira, 4761 - CEP 59452-900 - Valparaíso - Campina Grande - PB

007 24





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

1800C M 165

Beauti co
10m - 9sp
by po - 9m
di Na
Quix de ch
la m - 10
ostip para

18 OUT. 2016
GRUPO SANGUÍNEO B

Data Médico

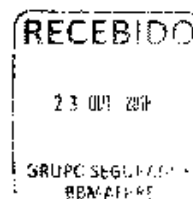
RECEP
23 OUT. 2016
GRUPO SANGUÍNEO B





ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que, SUELIO MOREIRA TORRES, portador da carteira profissional Nº 1, esteve internado nesse nosocômio de 29/03/20 a 30/03/20, necessitando de 02 dias de afastamento de suas atividades profissionais, a partir desta data por motivo de doença.
CUID: 1574
Campina Grande, 29/03/20
SUELIO MOREIRA TORRES
Ass. Médico - C.R.M.





GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUZ SONHAGA FERNANDES		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
SUS 301		UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO C 123.03.778.1000001-00 COOP. SA. UN. 00023071 NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUZ SONHAGA FERNANDES ENDEREÇO: AV. LORRANO PEIXOTO, 4700 - MALINAS CIDADE: PARANÁ - PR UF: 25	
DADOS DO PACIENTE NOME: _____ SOBRENOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____ ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ UF: _____		TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> EXAME <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> OUTRO	
RACIÓCOR NOME: _____ SOBRENOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____ ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ UF: _____		ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: ANAMNESE: _____ EXAME FÍSICO: _____	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO: _____ RESULTADOS: _____		SERVIÇOS REALIZADOS: TIPO: _____ RESULTADOS: _____	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S) ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S): _____ ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S): _____ ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S): _____		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S) ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S): _____ ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S): _____ ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CADIMED(S): _____	

RECEBI
23 OUT 2020
RUPD SEGURANÇA
REMAFFRE



Ficha de Acolhimento

Nome: Isaac Yuma José Fernandes
 End. R. dos guineus 223 Bairro Alencastro
 Data de Nascimento 03/02/71 Documento de Identificação
 Queixa cef. ante Data do Atendimento 30/08/15 Hora 03:55 Documento
 Atendente de trabalho: () Sim () Não

Classificação de Risco

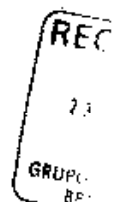
Nível de consciência: ☒ Bom () Regular () Baixo Aspecto: ☒ Calmo () Fútil do son () Comento
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
 Pressão arterial: Temperatura axilar:
 Dosagem de HGT: Mucosas: ☒ Normocrômicas () Palida
 Distribuição: ☒ Livre () Cadeia de costas () Moca

Estratificação

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

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
 () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NT: 10837215010

Número do Benefício: 6150299517

Espécie: 31

Número do Requerimento: 175701512

Ano Solicita: 1999

Endereço: RUA JOAZEIRO, 199, MALVINAS

CEP: 58451390

Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Definitiva em Pedidos

Motivo: Cessação da incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 559 de 30/08/2006; Artigo 207, da IN Nº 20/INSS/2015, de 10/10/2017

Foi atendida a sua petição de Auxílio Doença, apresentada no dia 25/08/2015, informamos que foi concedido o direito ao benefício, em razão da cessação da incapacidade laborativa para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/09/2015.

Serão 30 (trinta) dias, contados a partir da cessação do benefício (IN Nº 20/2015). Vossa situação de concessão, cessação ou prorrogação, poderá ser acompanhada no site do INSS.

A partir de 10/11/2015 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 50 (quinta) dias, Vossa situação poderá ser acompanhada no site do INSS.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 (Central de Atendimento do INSS) ou pelo Internet no endereço: www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social é a forma que o Estado garante, em Auxílio Doença, que tenham voluntariamente, a mesma atividade, pode ser em seu Auxílio concedido a partir da data do início, de acordo com os §§ 2º e 3º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pelo art. 1º da Lei nº 13.123/15.

Data: 15 de setembro de 2016



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CAMPINA GRANDE - PERNAMBUCO - Fone: 3341-1111 - CEP: 55010-000
UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsável legal, sob as penas do Artigo 17 do Código Penal, pela veracidade das informações apresentadas para a solicitação do benefício, sob pena de multa.

Assinado em 15 de setembro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal





HISTÓRICO		DIAGNÓSTICO	
HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA J S A C M. M. M. M. M.	
NOME: J S A C ALIA: M. M. M. M. M.		COMÉDIO: LEDO:	
DATA	MEDICAMENTOS	HORARIO	EVOLUÇÃO CLÍNICA
15/11	① Paracetamol 500mg	20h	início com
	② Paracetamol 500mg	20h	paracetamol 4 horas
	③ Paracetamol 500mg	20h	na última noite
	④ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑤ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol; 4x 4 horas
	⑥ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑦ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑧ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑨ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑩ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑪ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑫ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑬ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑭ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑮ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑯ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑰ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑱ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑲ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	⑳ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉑ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉒ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉓ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉔ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉕ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉖ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉗ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉘ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉙ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉚ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉛ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉜ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉝ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉞ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㉟ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊱ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊲ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊳ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊴ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊵ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊶ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊷ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊸ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊹ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊺ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊻ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊼ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊽ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊾ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol
	㊿ Paracetamol 500mg	20h	paracetamol

HOSPITAL ANTONIO TARGINO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
NOME: JOÃO CARLOS LUIZ PEREIRA	IDADE: 54	CONVÊNIO: SUS	
ALIA: 01/10/20	LEITE: 10-1	MÉDICO: M. M. M.	
DATA: 15-10-20	DATA: 16-10-20		
<p>Paciente após 10 dias do Trauma por procedimento cirúrgico, segue em cuidados de enfermagem.</p>	<p>Paciente após 10 dias do Trauma por procedimento cirúrgico, segue em cuidados de enfermagem.</p>	<p>Paciente após 10 dias do Trauma por procedimento cirúrgico, segue em cuidados de enfermagem.</p>	<p>Paciente após 10 dias do Trauma por procedimento cirúrgico, segue em cuidados de enfermagem.</p>
<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>	<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>	<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>	<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>
<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>	<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>	<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>	<p>Paciente evolui satisfatoriamente, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral, apresenta bom estado geral.</p>

P.A.: 15.0 x 9.0 cm - 16.0 x 9.0 - 36

T: 36.2



[illegible]

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUCAO DATA: 17/28

DATE: 7, 28 56

Nome	Isaac Kuma-Lero	Idade	54
DH:	DECT:		

Diagnosis:

História da Motociclística:

Antecedentes Patológicos / Medicaciones de uso previo / Internaciones

In fusible

ATB: <i>Cetina x - 20</i>	ATB:
DVA: _____	ANALG: _____
SED: _____	PROPR: _____
DIET: <i>2220</i>	OUTROS: _____

Country:

FC:	PH:	TEMP:
DIURESE:	BH:	EVAC:
SAT O2:	SECREÇÃO:	

Dispositivo:

1. <u>100000</u>	Date:	2- <u>10/10/2010</u>	Date:
2. <u>100000</u>	Date:	4- <u>10/10/2010</u>	Date:

સાચી જાણકારી આપવાનું સંસ્થાન

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

Ventilacão Mecânica:

Model:	FR:	44-1PM	VG'S
EQ:			SAT. Q ² : 967

Quantile Falses:

[illegible]

Solids

[illegible]

MR. JAMES C. CLARK, JR. AT AIRMAIL
JAN 10 1974
OFF 132.054.004



DATA: 18 / 08 / 16

Nome: ISABEL MARI LOPES Idade:
 DH: 01/08/16 DIET: 0-2

Diagnósticos:

P.O. fratura da coluna
Laminectomia / Descompressão
comissura da 8ª vértebra.

História da Moléstia Atual:

Paciente admitida com quadro clínico
de dor lombar, insuportável, com
irradiação para membros inferiores.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso crônico / Internações
T.M.

Infusões:
ATB: Ceftriaxona 0-2 ATB:
 DVA:
 SED:
 DIETA: Dieta 0-2 R/L 1/0 OUTROS: L

Controles:
FC: 75 PA: 110 x 70 TEMP: 36,3
DIURESE: 500ml BH:
 SAT O2: 98% SECREÇÃO:

Dispositivos:
1- Bivólio Vaso Data: 2- SVO Data:
 3- Data: 4- Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:
Modo: FR: VC:
 PIP: SAT O2:

Exame Físico:
DEU: 100% 100% 100% 100%
 OR: MISTURADO
 PRO: 100%

Int. Cirúrgica da Síndrome
de Cushing - Data 01/08/16
Intensivista: [Assinatura]



DATA: 21/02/2021

Nome: Isabel Maria da Silva Idade: 78
DHI: 3.10.17 DI ETI: 3.10.17

Diagnósticos:

Do sistema respiratório + Fístula Urinária

História da Doença Atual:

Doença crônica em estado grave
aguda, com sintomas respiratórios, febre, tosse
com diminuição da expectoração, fístula

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Intervenções:

ATB:	<u>amoxicilina</u>	ATB:	
DVA:		ANALG:	<u>paracetamol</u>
SED:		PROFX:	<u>insulina</u>
DIETA:	<u>oral</u>	OUTROS:	

Controles:

FC:	<u>77</u>	PA:	<u>140x80</u>	TEMP:	<u>36,5°C</u>
DIURESE:	<u>1300ml</u>	PH:	<u>7,38</u>	EVAC:	
SAT O ₂ :	<u>93%</u>	SECREÇÃO:			

Dispositivos:

1- <u>cateter venoso</u>	Data:	2- <u>cateter</u>	Data:
3- <u>cateter</u>	Data:	4- <u>cateter</u>	Data:

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA
COM FÍSTULA URINÁRIA

Respiração espontânea:

☒

Ventilação mecânica:

Modo:	PR:	VC:	<u>10-15</u>
PiO ₂ :		SAT O ₂ :	

Exame Físico:

paciente com fístula urinária
em estado grave, com sintomas
respiratórios, febre, tosse
com diminuição da expectoração
e fístula urinária

com diminuição da expectoração

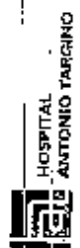
com diminuição da expectoração

20/02/2021

CLÁUDIO



SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL
ANTONIO TARQUINO

PACIENTE	DATA	ISOLAMENTO	LEITO	8	IDADE	MÉDICO
17.08.16	17.08.16	ISOLAMENTO	8	54A	Dr. JARD CLIMENTINO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
01. DIETA ZERO						
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03. OZ CONT SUB CATETER 3 l/2ml						
04. SRI 500ml IV 8 X 8 h						
05. SF 4 0.9% 500ml IV 8 X 8 h						
06. DECADEXA 4mg IV 8 X 8 h						
07. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV 8 X 8 h						
08. LANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h						
09. PLASB IV SN						
10. DIPERONA ZCC IV SN						
11. CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (100=17/8)						
12. CAPTOPRIL 25mg SL SN						
13. FISIOTERAPIA MOTORA						
14. ULCIBITO BAIXO						
15. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h						
16. CUIDADOS GERAIS DE UTI						
<p>Dr. JARD CLIMENTINO</p> <p>Dr. JARD CLIMENTINO</p>						

PACIENTE ATENDIDO PELA SUS
+ JARD CLIMENTINO
GUARDA DO PACIENTE A TORRE
CUIDADOS AO SUS

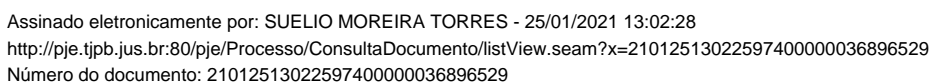


ANTONIO TARGINO
HOSPITAL

PACIENTE	DATA	ISMAC MUNIZ LEÃO	LEITO	B	IDADE/SEXO	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	MÉDICO: DR. JARIO LLEMENTINO
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
		01. DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA					
		02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA					
		03. O2 CONT SOB CATETER 3 l/min	CT				
		04. SER. 500ml IV B X 8 h	CT				
		05. SF A 0,9% 500ml IV B X 8 h	CT				
		06. DECADRON 4mg IV 6 X 6 h	CT				
		07. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV B X 8 h	CT				
		08. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	CT				
		09. PLASIL IV SN	CT				
		10. DIPIRONA 200 IV SR	CT				
		11. CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h [DD=17/8]	CT				
		12. CAPTOPRIL 25mg SL SN	CT				
		13. FISIOTERAPIA MOTORA	CT				
		14. DECUBITO BAIXO	CT				
		15. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT				
		16. CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT				

Cyrtus 600, Vignacleda, und-
elenti, Kyparacaeo spontanea
boni volumine diuisis legumini-
bus muscicidis propter densitatem
feminae, 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, 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, 25

100-443887-100

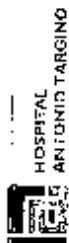




HOSPITAL
SANTA MARIA
ANTONIO TARGINO

PACIENTE	LEITO	S	IDADE	DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	MÉDICO: DR. GILNEY PORTO
19.03.16		08	28	17	01. DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	Paciente evolui satisfatoriamente, apresentando supressão da hipertermia, melhora da hidratação, presença de reações, aumento da consciência, melhora da comunicação.
		09	28	18	02. MONITORIZAÇÃO MOD. TIPOPARAMÉTRICA	
		10	28	19	03. O2 LUM T SOB CATETER 3 l/min	
		11	28	20	04. SCL 500ml IV 8 X 8 h	
		12	28	21	05. SF A 0.9% 500ml IV 8 X 8 h	
		13	28	22	06. DECAORDON 4mg IV 6 X 6 h	
		14	28	23	07. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV 8 X 8 h	
		15	28	24	08. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	
		16	28	25	09. FLASIL IV 5N	
		17	28	26	10. DIPIRONA 200 IV 5N	
01.04.16		18	28	27	11. CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DE=17/18)	
		19	28	28	12. CAPTOPRIL 25mg SL 5N	
		20	28	29	13. FISIOTERAPIA MOTORA	
		21	28	30	14. DECUBITO BAIXO	
		22	28	31	15. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	
		23	28	01.04.16	16. CUIDADOS GERAIS DE UTI	
		24	28	02.04.16	17. Anticoagulante 5mg IV 12 X 12 h	
		25	28	03.04.16	18. glicose 50mg IV 12 X 12 h	

PROTEGE BEM-ESTAR DO PACIENTE
NO HOSPITAL SANTA MARIA
CORRIGINDO OS ERROS
QUE LEVAM A SUAS
COMPLICAÇÕES



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

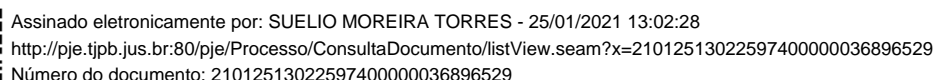
PACIENTE	ISAAC MUNIZ LEÃO	LEITO	8	IDADE: 54A	MÉDICO: Dr. JARIO CLEMENTINO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CT	17	1	
20/06/16	01. DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	CT	17	1	
	02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	CT	21	5	
	03. DZ CONT SOB CATETER 3 IV/mlc	CT	12	18	
	04. SRL 500ml IV 8 X 8 h	CT	12	18	
	06. SF A 0.9% 500ml IV 8 X 8 h	CT	12	18	
	06. DECAFRON 4mg IV 6 X 6 h	CT	12	18	
	07. TR3MAL 100mg + SF 100ml IV 8 X 8 h	CT	12	18	
	08. RAKITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	CT	12	18	
	09. FLASIL IV SN	CT	12	18	
	10. DIPIRONA 2GT IV SN	CT	12	18	
DIA 03	11. LEPTIRAXONA 1g IV 12 X 12 h (00=177R)	CT	12	18	
	12. CAPTOPRIL 25mg SL SN	CT	12	18	
	13. FISIOTERAPIA MOTORA	CT	12	18	
	14. DECUBITO BAIXO	CT	12	18	
	15. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT	12	18	
	16. CUIDADOS GERAIS DE UTE	CT	12	18	

PACIENTE MEMBRO DO SUS
NO SISTEMA DE REGISTRO FORAM
CUIDADOS AO SUS



THIS MONTH

Médico {DR}

[illegible]



Médico (DR):—



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: Ismael Almeida
 Nº DO PRONTOUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 17/8/16 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: A. Mendes
 1º AUXILIAR: A. Aguiar 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: A. Almeida INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: A. Almeida TIPO DE ANESTESIA: General
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tratamento cirúrgico
 TIPO DE OPERAÇÃO: Ressecção de fígado em M1
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: partes - 40312033
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Tratamento cirúrgico
 EXAME RADIOLÓGICO NO ALC: Artículo 40310057
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA ORAL - TÉCNICA LIGADURA-DRENAGEM - SUTURA-METEMBRADO-ASPECTO VISUAL

- 1) Incisão abdominal
- 2) Descolamento do fígado
- 3) Sutura de ligamento fígado
- 4) Ligamento fígado
- 5) Ligamento fígado
- 6) Sutura de fígado e intestino

Dr. Rafael R. Almeida
Cirurgião Geral



HOSPITAL

ANTONIO TARGINO

**NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO**

033915

14-00000 ISAC MVMZ LLOU

CONVINTOS: 505

51.8

FRONTIER: 915079 / 5200 442

140816

fructu virgato Linné & C. Actus fructu in peltatis per se et per se.

DATA: 11/02/10 ETR:
E INTERVENIĂ: Ad. Rafael

1 Festival de la Cerveza

AUXILIAR: M: M DE COS INAGRA

ANESTHESIST: Dr. ISAHLA

CIRCULANTE *Christina* RESERVA

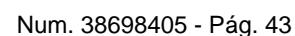
HORLAND: ENJOY 09 10 1961 11 22

CÓD.	INDICACIONES	QUANT.
1840	ÁGUA DESTILADA	05
2810	RANITIDINA	06
2070	ATROPINA	03
7020	DIPIRONA	03
7031	PROSTIGMINA	03
2082	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	01
4366	GARAROCINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1910	ARAVIN	
1809	AMINOPIRINA	
7071	TRANSAMIN	02
7003	VALSUDON	
7057	TILATIL 40mg	01
5380	HYDROCORTISONA	01
5339	FENTERGAM	
2848	EUKROSEMA	
9558	CEFALOTILAX 1g	
70238	QUELICIM	
1873	ADREVALINA	
4673	DOPAMINA	
2603	CLORESTO DE SÓDIO	
1910	CLORESTO DE POTASSIO	
7046	CICLOSEBON	
1767	CETILANOLINA	02
70135	SOLU-MEDROL 800mg	
1903	GUARANTO DE SÓDIO	
2084	BUCCO QUATO DE CALCIO	02
40392	TORALOL	
4825	BULCIPRENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICAS	QUANT.
73220	FRANAL	
46850	FENDIBARITAL	
8908	DUMPEAX 10mg	
3431	DIMORE 0.2mg	
8936	DIMORE 1.0mg	
3983	DOTANTINA	
8469	RUBANTAL	
46858	BORMOND	01
9061	KETALAR	
70194	ALPENTANTAL	01
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
136333	NITROBOM	01
8216	PROCURION	
82031	PROPOFOL	02
3642	FENTANIL	
70548	TRACER	
3884	HALOTANO	
128872	SEVOFLANO	
2780	ISOFLURANO	
9358	TIOPENTAL	
2360	NEOGARINA 0.5% CIV	01
70759	NOCAENA 0.5% CIV	
9024	NILPERIDOL	
3172	ETOMIDATO	

COD.	MATERIAL	QUNT.
0091	LÍPOCAINA GELISA	02
2219	LÍPOCAINA 1% SV	
2811	LÍPOCAINA 2% CV	
1995	NEOCIANA PENADA	
	AGULHA RAQUIN"	
	MIRNO FRENCHEN"	
	DRENO TORAN"	
1012	AGULHA LINDHART,N"	
	AGULHA DEHICARTAVEL"	04
	ESCVA DEHICARTAVEL	03
	COMPRESSAS 12,5x	10
	CATETRA PULSODURAL N"	
2156	BOLSA COLOSTOMA	
136196	CATETRA OXIGENIO	02
32681	COLECTOR URSAL 1/2x1/2	01
27888	COLECTOR URINA ABERTO	
52477	ELETIMIZO	10
2885	EQUIPO MACROCOTAS	01
2657	EQUIPO MICROCOTAS	
69752	MICRODIFILE LARGO	
13578	MICRODIFILE FINO	
	JELCOY	02
	LAMINA BISTURI	03
	DRENO LUCICA N"	01
12289	ALGODAO HIDROFILO	03
9075	ALGODAO ORTOPEDICO	03
	ATAPURA CESSARIA	10
3710	SERINGA DE 5cc	
3488	SERINGA DE 1cc	03
3732	SERINGA DE 3cc	03
3697	SERINGA DE 2cc	03
341797	SERINGA DE 5cc (Dee Lamp)	
3735	SERINGA DE 5cc	
	SCALPES N"	
	BONDA PULEY N"	16 02
4081	TORNEDRA DE VÍAS	02
	BONDA MULLATON 1x1/2	02
	BONDA RETAL	
2615	ESPAZADORAFO	15
3168	ESTRA CATIL	
70417	STTA GLICEMIA	
60113	CILATE	01
	LUZO ENDOTRQUEAL N"	
	EXADRA CREFOM N"	02
	GNOSFI N"	04 02
40116	LEVAS 7,5	04
3521	LEVAS 10	02
149870	ELVAKES	
	BONDA NEG	
3425	GELFOAM	
2500	GAZES 21x11	10
3549	LUNA PROCEDEMENTO	10
2461	GEL CONDUCTOR	10
53837	SANGIJA	
	CUNHA A TRAQ. ROSTOMICA N"	

[illegible]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COPIDAS POR ELE.





o atestado assinado, responsabilizando pelo paciente, de primeiridade com relação ao médico, para garantir a cadeia de transmissão de sua enfermidade e realizar os procedimentos necessários ao tratamento do bem-estar, bem como se comprometer a submeter-se a todos os procedimentos necessários ao tratamento do hospital.

C. Grande - Ph. _____ de _____

ASIMILATUJUN

RESUME

Notes

७६

Findings:

○ **अर्थः** असिद्धं

Responsável pelo período
Certifica que deu ao Hospital Antonio Targino Ltda, o melhor e precoso dos médicos de alta especialidade, assumindo inteira responsabilidade por sua atuação.

Campana grande: 20 de 08 de 16

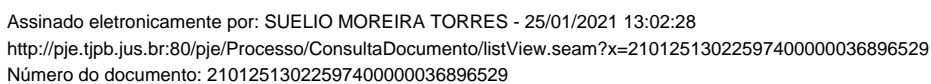
Attest: Mani Leo Fin
SECRETARIA

TESTIMONY:

Kyome:

२७

EXCERTE ATENDIDO PELO SUS
A. HENRIQUE ALVES MARGINO
CASA, CERTIFICADO FORAM
COBRADAS AO SUS



Paciente: ISAAC MUNIZ LEAO
Idade: 54 ANOS
RA: 0114032728 Data Coleta: 16/08/2018 - 22:28:35
Dr(a): LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA/2948
Convenção: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Emissão: 16/08/2018 - 07:04:06 Local: CIRURGICA



HEMOGRAMA COMPLETO

HEMATOGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,59	milh/mm3 3.900 a 5.100
Hemoglobina	12,8	g/dL 11,5 a 15,5
Hematócrito	35,6	% 37 a 47
V.C.M.	87,0	fL 82-100
H.C.M.	31,3	pg 27-32
C.H.C.M.	36,0	g/dL 32-36
RDW	11,0	% 11,6 a 14,8

Série Vermelha: Normocítica e Normocromica.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	10900	/mm3 4000 a 11000
Neutrófilos	0	% 40-70
Linfócitos	87	% 20-40
Eosinófilos	0	% 1-5
Basófilos	0	% 0-2
Monócitos	9	% 2-10
Linfócitos atípicos	0	% 0-5
Monócitos	4	% 2-10

Série Branca: Neutrofilose.

PLAQUETAS	172000	/mm3 150.000 a 450.000
-----------	--------	------------------------

Série Plaquetária: Normal no exame do esfregaço

Exames: 6.4549362 Anal. PESTRA 80
6.4549362 084722 0170

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



Assine aqui resultados online: www.laborprosangue.com.br

Nota: Os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outros. Sempre consulte seu médico em condições de dúvidas.

Unidade Clínica - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122	Unidade Hospital - Antônio Targino - Rua Deserto de Babilônia, 310 - Campos dos Goytacazes - RJ, CEP: 28015-000, Fone: 3225-1122
Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122	Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122
Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122	Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122
Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122	Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122
Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122	Unidade Diagnóstico - Rua Saldanha da Gama, 51 - Lapa, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20251-090, Fone: 3225-1122

CONTROLE DE QUALIDADE

Control

Control

Control



Nome: ISAAC MUNIZ LEAO
 Idade: 54 ANOS
 RA: D110032728 Dt Coleta: 16/08/2016 - 22:28:35
 Dr(a): LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA/2845
 Convênio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Emitido: 16/08/2016 - 07:04:09 Local: CIRURGICA



GLICEMIA

Resultado 127

Unidade: mg/dL (0,166667 mmol/L)
Método: 5050

Valor(es) de referência

mg/dL 70 x 100

CREATININA

Resultado 0,95

Unidade: mg/dL (0,083333 mmol/L)
Método: 5050

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,80 x 1,30
Mulheres : 0,60 x 0,90

UREIA

Resultado 22

Unidade: mg/dL (0,357143 mmol/L)
Método: 5050

Valor(es) de referência

mg/dL 10 x 30

NÃO RECEBER DO SUS
 HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 QUANTO A SUS
 COBRANÇAS AO SUS



Assine seus resultados online: www.labsprosanguetjpb.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outras. Por isso seu médico tem condições de interpretá-los.

Rede Centro - Rua Santa Bárbara, 61, Centro, Fone: 35 2102 0577 / 35333.5135
 Rede Integração - Rua Sebastião Gomes, 89, Centro, Fone: 35 3015 1400 / 35355.2506
 Rede Prata - Rua São José do Rio Preto, 1009, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Rede Transição - Av. Almirante Jordani, 1093, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Rede Catalão - Av. Vitorino Caldeira, 811, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Rede Ingarahi - Rua Campos Sales, 4535, José Pinheiro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Celso de Souza, 105, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Unidade Hospital Novo SMH - Rua Nilton de Souza, 55, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Unidade Quilômetro - Rua João Domingos Silva, 45, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Unidade Esperança - Rua Celso de Souza, 105, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533
 Unidade Camapuã - Rua Celso de Souza, 105, Centro, Fone: 35 353.5533 / 35353.5533

CONTRATO DE QUALIDADE

LABORATÓRIO

CONTROL

250



Pac: ISAAC MUNIZ LEAO
 Idade: 54 ANOS
 Id: 0110033051 Ul Colón: 19/09/2016 - 22:54:28
 Reg: GILNEY PORTO 6542
 Origen: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Missão: 19/09/2016 - 09:09:01 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	2,38	4.30 a 5.70
Hemoglobina	7,9	13.5 a 17.0
Hemoglobina Normalizada: 16/09/16 16.4/17/09/16 12.0/19/09/16 12.0/		12.0 a 15.0
Hematócrito	21,9	H: 41 a 55 M: 39 a 51
V.C.H.	94,9	80.0 - 90.0
V.C.H. Normalizada: 16/09/16 15.0/17/09/16 15.0/19/09/16 15.0/		20.0 - 30.0
H.C.M.	30,6	27.0 - 32.0
H.C.M. Normalizada: 16/09/16 15.0/17/09/16 15.0/19/09/16 15.0/		32.0 - 36.0
H.C.M.	36,1	31.0 - 34.0
RDW	11,4	
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	10700 /mm3	5000 - 10000
Neutrófilos	0	40-60
Segmentados	89	20-40
Eosinófilos	1	1-5
Basófilos	0	0-2
Linfócitos	13	2-10
Linfócitos atípicos	0	
Monócitos	6	
Série Branca:	Leucócitos morfologicamente conservados.	
PLAQUETAS	350000 /mm3	140.000 - 400.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais no exame de esfregaço.	
Observação: INTERFERÊNCIA POR ESPUMA DO SANGUE TOTAL		

Acesso aos resultados online: www.prosangue.com.br
 Indes e exames podem ser efetuados por meio de cartões zelados (fisiológicos, patológicos e outros). Após seu médico, em concordância com o profissional.

Unidade Centro - Rua Santa Bárbara, 61, Centro, Fone: (11) 307 4577 / 3833 9125
 Unidade Integrado - Rua Santa, 21, Centro, Fone: (11) 3063 4045 / 3833 2500
 Unidade Prox - Rua Rodrigues Azevedo, 1043, Fone: (11) 3061 7411
 Unidade Central - Rua Augusta, 1492, Centro, Fone: (11) 3065 6335 / 3833 9125
 Unidade Fátima - Rua Virgílio Caldas, 277, Centro, Fone: (11) 3062 3537 / 3833 9125
 Unidade José Pedro - Rua Carlos Gomes, 2506, Jd. Pichet, Fone: (11) 3034 1717
 Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Osório, 348, Centro, Fone: (11) 3065 6335 / 3833 9125
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 11, Praia, Fone: (11) 3065 6335 / 3833 9125
 Unidade Quilomartins - Rua João Barbosa, 545, 3º, Centro, Fone: (11) 3065 6335 / 3833 9125
 Unidade Esmeralda - Rua João Barbosa, 545, Centro, Fone: (11) 3065 6335 / 3833 9125
 Unidade Cotapueira - Rua Felício, 170, Jd. Pichet, Fone: (11) 3034 1717



N: ISAAC MUNIZ LEAO
 Id: 64 ANOS
 C: 0110033081 Di Cel: 19/08/2016 - 22:54:28
 (d): GILNEY PORTO 8542
 Inverto: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Análise: 19/08/2016 - 09:08:01 Local: UTI GERAL



GLICEMIA

Resultado: 99
 Unidade: mg/dL
 Referência: 70 a 99
 Método: Enzimático (HITACHI 5171)
 Material: 8330

Valor(es) de referência
 mg/dL 70 a 99

CREATININA

Resultado: 0,90
 Unidade: mg/dL
 Referência: 0,60 a 1,30
 Método: Enzimático (HITACHI 5171)
 Material: 8330

Valor(es) de referência
 mg/dL Homens: 0,60 a 1,30
 Mulheres: 0,50 a 0,90

UREIA

Resultado: 31
 Unidade: mg/dL
 Referência: 10 a 30
 Método: Enzimático (HITACHI 5171)
 Material: 8330

Valor(es) de referência
 mg/dL 10 a 30

POTÁSSIO

Resultado: 3,80
 Unidade: mEq/L
 Referência: 3,5 a 5,5
 Método: Eletrodo com Seletividade (HITACHI 5171)
 Material: 8330

Valor(es) de referência
 mEq/L 3,5 a 5,5

SÓDIO

Resultado: 135,00
 Unidade: mEq/L
 Referência: 135 a 145
 Método: Eletrodo com Seletividade (HITACHI 5171)
 Material: 8330

Valor(es) de referência
 mEq/L 135 a 145

CLORETO

Resultado: 105
 Unidade: mmol/L
 Referência: 96 a 108
 Método: Eletrodo com Seletividade (HITACHI 5171)
 Material: 8330

Valor(es) de referência
 mmol/L 96 a 108

ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS LICENÇAS POSSAM
 COBRAR AO SUS



Acesso aqui realizado online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outros. Consulte seu médico para orientação de interpretação.

Unidade Centro - Rua Santa Bernadina, 61, Centro, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Integração - Rua Sérgio Denz, 25, Centro, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Fala - Rua Ruy de Azevedo, 1000, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Cruzado - Av. Antônio Vargas, 1453, Cangaço, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Caxoeiro - Av. Wladimir, 577, Cangaço, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Pichão - Rua Campesinato, 46, III, Fone: (51) 3627-9888/9889	Unidade Hospital Antonio Targino - Rua Eduardo Gouveia, 348, Centro, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Hospital João Kuhl - Rua João Kuhl, 85, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Quarentão - Rua João Kuhl, 40, Centro, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Esperança - Rua João Kuhl, 159, Centro, Fone: (51) 3627-9888/9889 Unidade Cotidiano - Rua João Kuhl, 159, Centro, Fone: (51) 3627-9888/9889
--	---

CONTROLAR DE QUALIDADE, POR
 FARMACIA LABORATORIAL DE QUALIDADE





PROSANGUE
diagnostica

RUTROGRAMA		Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemácias	3,03	milh/mm3	3,40 a 5,20		
Hemoglobina	9,1	g/dL	12,0 a 16,0		
Hem. crit. (índice)	29,36/16 (17,9) 11/23/18 (8,5) 17/22/16 (10,0)				
Hematócrito	26,5	%	37 a 47		
V.C.M.	87,8	u3	80,0 a 100,0		
Ampliação da distribuição	13,76/16 (8,4) 11/23/18 (8,5) 17/22/16 (12,1)				
H.C.M.	30,0	pg	28,0 a 32,0		
Ampliação da distribuição	15,76/18 (10,6) 11/23/18 (8,5) 17/22/16 (11,1)				
C.H.C.M.	34,2	g/dL	32,0 a 36,0		
RDW	11,1		11,8 a 14,5		
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.				
LEUCOGRAMA					
Leucócitos	11900	/mm3	3000 a 10000		
Ampliação da distribuição	15,08/18 (10,55) 18/24/16 (13,40) 17/20/16 (11,40)				
Bastonetes	2	238	0-2		
Segmentados	78	9282	40-80		
Eosinófilos	1	119	1-5		
Basófilos	0	0	0-2		
Linfócitos	11	1309	20-35		
Linfócitos atípicos	0	0	0-1		
Monócitos	8	952	2-10		
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.				
PLAQUETAS	233000	/mm3	140.000 a 400.000		
Ampliação da distribuição	15,76/18 (10,6) 11/23/18 (8,5) 17/22/16 (11,1)				
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame de esfregaço.				

Assessoria e consultoria em avaliação de desempenho e desenvolvimento de pessoal. www.abaprosangue.com.br

[illegible]



Valor(es) de referência

WAL/DL 70 0 79

№-уч: 6.7594792 ИДН: 9171
 №-а: 01: 001

Valor(es) de referência

mg/dL	Normal : 0.60 ± 0.30
	Hyperes: 0.50 ± 0.30

NAME: HUNTER, JAMES
ADDRESS: 1234

Valor (R\$) de referência:

mg/dL 10 5 0 5 10

931 11/10/2011 10:00:00 AM
 932 11/10/2011 10:00:00 AM

Valor (R\$) da Referência

mg/L 3.5 4 5.5

UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY
FORM 101-2060

Valores de referencia

WEL/L 10% x 145,

POLYMER: POLYETHYLENE TEREPHTHALATE (PET)
 MATERIALS: 2500

Valor(es) de referência

WYUOL/L: DE 3 196

NO. 00001 ESTATOS UNIDOS DE AMERICA
MEXICO : 0000

RECEIVED ATTORNEY GENERAL'S OFFICE
NO. 100-100000-100000
JUL 10 1964
U.S. DEPT. OF JUSTICE

Acesse seus resultados online: www.laprosaque.com.br

Todos os dados foram obtidos por meio de pesquisas por meio de arquivos, livros, jornais, revistas, etc., e foram analisados e interpretados de acordo com a metodologia de pesquisa.

Unidade Limes - Rua Vicente Arcovalde, 50, Capangue, São Paulo, SP 01045-070 / 06688-9135
 Unidade Itapetininga - Rua Sebastião Gomes, 25, Capangue, São Paulo, SP 01045-068 / 06676-301
 Unidade Vila - Rua Sebastião Gomes, 1233, Foz de Iguaçu, SP 13814-150
 Unidade Foz de Iguaçu - Rua Sebastião Gomes, 1495, Foz de Iguaçu, SP 13814-150 / 06676-301
 Unidade São Carlos - Rua Sebastião Gomes, 572, São Carlos, SP 13506-977 / 06680-110
 Grande Rio Pinheiro - Rua Sebastião Gomes, 663, Rio Pinheiro, SP 13513-120

[illegible]

FOR THE QUALITY OF THE

100

2000

734

5.6

25

•

•

1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:02:28

<http://pje.tibb.ius.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513022597400000036896529>

Número do documento: 21012513022597400000036896529

Num. 38698405 - Pág. 50



PROSANGUE
diagnóstico

<u>HEMATOGRAMA</u>		<u>Valores Encontrados</u>		<u>Valores de Referência</u>	
Hemácias	2,89	milh/mm ³	3,90	2,0-5,0	
Hemoglobina	8,8	g/dL	13,5	12,0-16,0	
Hematócrito					
26,0	%	40,0	35-50		
V.C.M.	90,0	fL	80,0	80-100	
H.C.M.					
30,4	pg	30,0	27-32		
C.H.C.M.					
33,8	g/dL	32,0	30-36		
RDW	9,9	%	11,6	11,6-14,8	
Corpo Verde: Normocitoso, Normocromia.					
<u>LEUCOGRAMA</u>					
Leucócitos	13400	/mm ³	7800	4000-10000	
Diferencial Leucocitário					
Eosinófilos	2	268	0-5		
Segmentados	85	11380	40-80		
Semiófilos	1	134	1-6		
Basófilos	0	0	0-1		
Linfócitos	8	1072	20-35		
Linfócitos atípicos	0	0	0-1		
Monócitos	4	536	2-10		
Série Branca: Leucocitose. Neutrofilia.					
PLAQUETAS	183000	/mm ³	150.000	150.000-400.000	
Série Plaquetária: Plaquetas normais no exame de esfregaço.					

1.º - ALCANTARA, ANTONIO ERGNO
 2.º - REQUEZAS, FORAM
 3.º - LUCASAS AO SUS



Todos os resultados podem ser influenciados por medicamentos, estímulos fisiológicos, psicológicos e sociais. Por isso seu médico tem a obrigação de interpretar os

Unidade Centro - Rua Soud - Batistopolis 61, Curitiba, Fone: 333.206.5377 / 954933-1, FMS	Unidade Hospital Antônio Tampar - Rua Estrela do Sul, 545, Curitiba, Fone: 33414315, FMS
Unidade Clínica - Rua Amador de Almeida, 255, Curitiba, Fone: 333.366.4048 / 501395-1, FMS	Unidade Hospital ASIS - R. 900 - J. S. da Silva Pereira, 55, Itajaí, Fone: 33.82.01.55, FMS, 250-2503
Unidade Prática - Rua Amador de Almeida, 255, Curitiba, Fone: 33.95.55.3629	Unidade Quilômetro - Rua Frei Inácio da Silva, 40, Caspary, Fone: 33.2940.1100, FMS
Unidade Cirúrgica - Av. Alameda do Barão, 9402, Curitiba, Fone: 33.338.7015, FMS	Unidade Espiritismo - Rua Marquês de São, 158, Curitiba, Fone: 33.1.22.37.33, 33.83.83.83, FMS
Unidade - Av. Alameda do Barão, 9402, Curitiba, Fone: 33.338.7015, FMS	Unidade Cirúrgica - Rua Silveira Sabido de Almeida, 153, Curitiba, Fone: 33.96.95.6230
Unidade Policlínica - Rua Camilo Sales, 4600, José Pinheiro, Fone: 33.9400.83.12, FMS	

CONTROL BY QUALMANC-GPOC

Figure 1

Conclusion: The results of this study suggest that the use of a single, standardized, and validated questionnaire can be a useful tool for assessing the prevalence of various types of violence against women in a community-based setting.

52

25

DISC

• • •

•

Num. 38698405 - Pág. 51

Número do documento: 21012513022597400000036896529

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO
Idade: 54 ANOS
Sexo: M
Data de Nascimento: 16/08/2016 - 23:23:43
Nome do Paciente: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024
Local: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Data de Coleta: 18/08/2016 - 10:35:18 Local: UTIO GERAL



GLICEMIA

Resultado: 101

Valor(es) de referência:

mg/dL 70 a 99

Unidade de Referência: 100 mg/dL (5,6 mmol/L)

Unidade de Referência: 100 mg/dL (5,6 mmol/L)

CREATININA

Resultado: 0,94

Valor(es) de referência:

mg/dL Homens: 0,80 a 1,30
Mulheres: 0,60 a 1,10

Unidade de Referência: 0,80 mg/dL (70,7 µmol/L)

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro: Maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²

Adulto negro: Maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m²

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m²

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m² (maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²)

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m² (maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²)

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m² (maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²)

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m² (maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²)

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m² (maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²)

Unidade de Referência: 60 mL/min/1,73 m² (maior ou igual a 60 mL/min/1,73 m²)

UREIA

Resultado: 29

Valor(es) de referência:

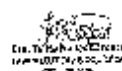
mg/dL 10 a 30

Unidade de Referência: 10 mg/dL (3,3 mmol/L)

Unidade de Referência: 10 mg/dL (3,3 mmol/L)

Unidade de Referência: 10 mg/dL (3,3 mmol/L)

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DTSF FORAM
COBRADAS AO SUS



Asses seus resultados online: www.laborprosangued.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outras. Faltas ou má-ba-fé condições de interpretação.

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112

CONTROLE DE QUALIDADE - CQPC
Método: Enzimático (Jaffe)

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Santa Rosa, 545, Centro, Fone: 3333-1111 / 3333-1112



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:02:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513022597400000036896529>

Número do documento: 21012513022597400000036896529

NOME: ISAAC MUNIZ LEAO
 SEXO: M
 IDADE: 54 ANOS
 Nº: 01100329H3 Dt Coleta: 18/08/2018 - 23:23:43
 PESS: JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024
 Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Impressão: 18/08/2018 - 10:35:19 Local: UTIO GERAL



PROTEASIO

Resultado: 3,90
 Unidade: mg/dL
 Valor de Referência: 0,5 a 3,5

Valor(es) de Referência:
 mg/L 0,5 a 3,5

SÓDIO

Resultado: 138,00
 Unidade: mmol/L
 Valor de Referência: 135 a 145

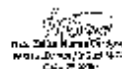
Valor(es) de Referência:
 mmol/L 135 a 145

CLORETO

Resultado: 100
 Unidade: mmol/L
 Valor de Referência: 96 a 100

Valor(es) de Referência:
 mmol/L 96 a 100

HOSPITAL ANTONIO TARGINO SUS
 Rua Manoel de Araújo, 100
 Jd. Santa Helena, 13080-000
 São Paulo, SP



Acesse seus resultados online: www.labsprosangue.com.br

Todos os exames podem ser realizados por meio de métodos analíticos clínicos, patológicos e culturais. Reser-se ao método de análise utilizado.

Unidade Centro - Rua São João Barbosena, 61, Centro, Fone: 33-2102 1577 / 33-3359 1551	Unidade Hospital Antonio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 100, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551
Unidade Imagem - Rua Sebastião Gomes, 25, Centro, Fone: 33-3361 3085 / 33-159 2500	Unidade Hospital João Batista - Rua João Gregório, 60, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551
Unidade Pronta - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 33-3359 1551	Unidade Quimica - Rua Manoel de Araújo, 100, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551
Unidade Curativo - Av. Antônio Biondi, 1489, Centro, Fone: 33-3359 1551	Unidade Transfusão - Rua Manoel de Araújo, 100, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551
Unidade Cateter - Av. Manoel de Araújo, 100, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551	Unidade Coagulação - Rua Manoel de Araújo, 100, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551
Unidade Pálida - Rua Manoel de Araújo, 100, Jd. Santa Helena, Fone: 33-3359 1551	



5183 ISAAC MUNIZ LEAO
 Idade 54 ANOS
 RA 0110032942 DI Culsa. 17/08/2016 - 16:14:05
 Dpto. JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024
 Centro SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Emissão: 17/08/2016 - 18:30:51 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,22	milh/mm3 4.40 - 5.70
Hemoglobina	10,0	g/dl Hemácias: 12,5 - 17,0 Hemácias: 12,0 - 17,0
Hematócrito	31,9	% 41 - 53 M: 39 - 47
V.C.M.	99,1	fL 80,0 - 100,0
H.C.M.	31,1	% 26,0 - 37,0
C.M.C.M.	31,3	g/dl 32,0 - 36,0
RDW	10,5	% 11,0 - 14,5

Série Vermelha: Macrocitose, Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	14600	/mm3 3900 - 10000
Neutrófilos	2	296
Segmentados	83	12284
Eosinófilos	1	140
Basófilos	0	0
Linfócitos	8	1164
Linfócitos atípicos	0	0
Monócitos	6	888

Série Branca: Leucocitose, Neutrofilia.

PLAQUETAS	177000	/mm3 140.000 - 400.000
-----------	--------	------------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame de esfregaço.

Verificar presença de hemácias no esfregaço de sangue total

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS



Assine seus resultados online: www.labprosanguedcm.br

Todos os exames podem ser realizados por meio de exames de sangue, urina, fezes, suor, saliva, cabelo, etc. Exames de sangue podem ser realizados de diferentes maneiras.

Unidade Centro - Rua Saldanha da Gama, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078	Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Gomes de Sousa, 345, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078
Unidade Integração - Rua Saldanha da Gama, 45, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078	Unidade Hospital São João - Rua São João, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078
Unidade Pronto-Socorro - Rua Saldanha da Gama, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078	Unidade Cerebral - Rua São João, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078
Unidade Clínica - Rua Saldanha da Gama, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078	Unidade Especialidade - Rua São João, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078
Unidade Clínica - Rua Saldanha da Gama, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078	Unidade Clínica - Rua Saldanha da Gama, 111, Centro, Fone: 3102.1077 / 3102.1078



Nome: ISAAC MUNIZ LEAO
 Idade: 64 ANOS
 RA: 0110032942 DI Colado: 17/08/2016 - 16:14:05
 Or(ão): JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024
 Convênio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Exatidão: 17/08/2016 - 16:30:51 Local: UTI GERAL



GLICEMIA

Resultado: 109
 Resultados Anteriores: 16/08/16 (181)
 Método: AUTOMAÇÃO (HETEROGENEIDADE)
 Referência: 80-130

Valor(es) de referência:
 mg/dL 70 a 95

CREATININA

Resultado: 1,06
 Resultados Anteriores: 16/08/16 (0,94)
 Método: AUTOMAÇÃO (HETEROGENEIDADE)
 Referência: 0,6-1,2

Valor(es) de referência:
 mg/dL Homens: 0,64 a 1,20
 Mulheres: 0,50 a 0,80

UREIA

Resultado: 27
 Resultados Anteriores: 16/08/16 (22)
 Método: AUTOMAÇÃO (HETEROGENEIDADE)
 Referência: 10-20

Valor(es) de referência:
 mg/dL 10 a 20

POTÁSSIO

Resultado: 4,24
 Resultados Anteriores: 16/08/16 (3,8)
 Método: AUTOMAÇÃO (HETEROGENEIDADE)
 Referência: 3,5-5,5

Valor(es) de referência:
 mEq/L 3,5 a 5,5

SÓDIO

Resultado: 139,20
 Resultados Anteriores: 16/08/16 (138)
 Método: AUTOMAÇÃO (HETEROGENEIDADE)
 Referência: 135-145

Valor(es) de referência:
 mEq/L 135 a 145

CLORETO

Resultado: 95
 Resultados Anteriores: 16/08/16 (95)
 Método: AUTOMAÇÃO (HETEROGENEIDADE)
 Referência: 95-105

Valor(es) de referência:
 mmol/L 95 a 105

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 COM DEFEITO DE PAGAM
 RELACIONADO AO SUS



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, psicológicos e de dieta. Para os seus médicos tem condições de interpretação.

Unidade Centro - Rua André Baccarelli, 61, Centro, Fone: 33 3102.5577 / 33533.5133
 Unidade Integrado - Rua São João do Carmo, 35, Centro, Fone: 33 3063.4946 / 33153.2500
 Unidade Pádua - R. S. Rangel, 1.305, 1º Andar, Fone: 33 33184.1741
 Unidade Gravina - Av. Antônio Baccarelli, 1413, Centro, Fone: 33 3353.8031
 Unidade Caxito - Av. Antônio Baccarelli, 877, Centro, Fone: 33 3063.4577 / 33153.5038
 Unidade José Pinheiro - Rua Antônio Baccarelli, 460, São Francisco, Fone: 33 33184.1750

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Edmundo Soares, 548, Centro, Fone: 33 33184.1741
 Unidade Hospital José Kall - Rua Nilo Peçanha, 55, Centro, Fone: 33 33184.1741 / 33153.1700
 Unidade Quilômetro - Rua João Baccarelli, 1413, Centro, Fone: 33 33184.1741
 Unidade Esperança - R. S. Antônio Baccarelli, 1413, Centro, Fone: 33 33184.1741 / 33153.1700
 Unidade Caxito - Rua Antônio Baccarelli, 877, Centro, Fone: 33 3063.4577 / 33153.5038

LABORATÓRIO PROSANGUE

CONTROL

CONTROL

CONTROL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:02:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513022597400000036896529>

Número do documento: 21012513022597400000036896529



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ISAAC MUNIZ LEÃO
DATA DO EXAME: 15/08/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.


ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Sinais de transposição total das vísceras abdominais e do ápice cardíaco (situs inversus).

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.


Dr. Diego Araújo da Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195

PROCEDETE EXAME PRO SUS
EXAME REALIZADO EM 15/08/2016
A 14h
CDD



RECEBIDO
18 MAR 2019
SAUDE STIGUADOR
32144998

PACIENTE REMISSO PELA SUS
NO HOSPITAL DE CLINICA
CURA E TRATAMENTO
CONTINUA EM 18/03/19

DATA 15 / 08 / 16
MEDICO
RESERVA 1808
RADIOLOGIA

CONTROLE=PRATICA DE COLUNA LOMBAR COM CORTICOESTEROIDE

INICIAL=PRATICA DE COLUNA LOMBAR

LAUDO RADIOLOGICO



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180501255**

Nome do(a) Examinado(a): **ISAAC MUNIZ LEAO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DOS JUAZEIROS, 109 - MALVINAS - Campina Grande - PB - CEP 58432-590

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **2.522.045**

Data e local do acidente: [**15/08/2016**] **QUEIMADAS**

Data e local do exame: [**11/04/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADES

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 15/08/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO O TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 20/08/2016. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, NÃO APRESENTA REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

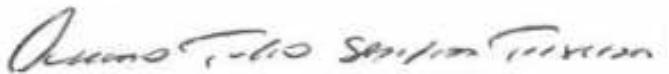
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180501255 CPF da vítima: 305.010.594-15 Nome completo da vítima: Isaac Muniz Leao

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

Nome completo: Isaac Muniz Leao CPF: 305.010.594-15
Profissão: _____ Endereço: Rua dos Juazeiros Número: 109 Complemento: _____
Bairro: Malvinas Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: _____
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDIA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00428756 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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, comprometendo-me a apresentar o laudo médico 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 se aplica a futura avaliação médica ou pericial ou direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, 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 suspensão ou ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: CAMPINA GRANDE 25/12/18
Nome: Isaac Muniz Leao
CPF: 305.010.594-15

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *ISAAC MUNIZ LEAO*
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Laurindo Chaves da Silva Junior
CPF: 089.594.034-58
Assinatura: *Laurindo Chaves da Silva Junior*
2ª Nome: Elize Maria Real dos Santos
CPF: 052.426.624-18
Assinatura: *Elize Maria Real dos Santos*

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar lre ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu)
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou maiores de 16 anos com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada conjuntamente pelo representante legal
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário por cada beneficiário.









**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Felício Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-97

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DOUOUE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

11765585

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTO DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SAAC MUNIZ LEAO
RUA DOS JUAZEIROS, 109 - MALVINAS CAMPINA GRANDE
PB 58432-590

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
117.450.0428-0001		0001	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação		Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
1071021990	11-10-2007		INT. LACER LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	LÍQUIDA DIÁRIAS		PRÓXIMA LEITURA		
877	877	4	31		21/11/2018		
HIST. CONSUMO ANTER. LEIT.		QUANTID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 01/2017 MS.					
SET/2018	4	30	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.	CONFORMES	
AGO/2018	4	30	TURBIDÍZ		178	177	
JUL/2018	4	30	CLORO		178	177	
JUN/2018	4	30	COL. TIRMOCT		0	0	
MAI/2018	4	30	COR		55	153	
ABR/2018	4	30	COL. TOTAIS		178	178	
MEDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 20/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:24:40

DESCRIÇÃO *

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ESGOTO

4 M3

34,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,34 (R\$ 1,34 - IPI - R\$ 5,00 - ICMS - R\$ 13,74 - IPTU)

VENCIMENTO:

03/11/2018

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO MÊS DE TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11765585	OUT/2018	03/11/2018	R\$ 68,24

82650000000003 68240010018 1 01176558501 0 10201890003 9







RECEBIDO

15 JAN 2021

14/01/2021



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180501255 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO **Data do acidente:** 15/08/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADES. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, NÃO APRESENTA REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 15/08/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO O TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 20/08/2016.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/04/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180501255 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO **Data do acidente:** 15/08/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADES. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL, NÃO APRESENTA REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 15/08/2016; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO O TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 20/08/2016.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/04/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180501255 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO **Data do acidente:** 15/08/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR.(PAG 12)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE. ALTA MÉDICA.(PAG 17)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180501255 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO **Data do acidente:** 15/08/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387550/18

Número do Sinistro: 3180501255

Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO

CPF: 305.010.594-15

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISAAC MUNIZ LEAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Documentos de identificação
Outros

ISAAC MUNIZ LEAO : 305.010.594-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: ISAAC MUNIZ LEAO
CPF: 305.010.594-15

ISAAC MUNIZ LEAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 441.172.858-31

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387550/18

Número do Sinistro: 3180501255

Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO

CPF: 305.010.594-15

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISAAC MUNIZ LEAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/03/2019

Nome: ISAAC MUNIZ LEAO

CPF: 305.010.594-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019

Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

CPF: 441.172.858-31

ISAAC MUNIZ LEAO

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387550/18
Vítima: ISAAC MUNIZ LEAO
CPF: 305.010.594-15
Data do acidente: 15/08/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ISAAC MUNIZ LEAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISAAC MUNIZ LEAO : 305.010.594-15

Alvará judicial
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: ISAAC MUNIZ LEAO
CPF: 305.010.594-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 441.172.858-31

ISAAC MUNIZ LEAO

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08085620720198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISAAC MUNIZ LEAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 21 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

