



Número: **0800073-13.2019.8.15.0831**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO (AUTOR) | POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| 36119 776 | 30/10/2020 15:20 | <u>Petição</u> | Petição |
| 36119 777 | 30/10/2020 15:20 | <u>2639100_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u> | Outros Documentos |
| 36119 783 | 30/10/2020 15:20 | <u>2639100_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204535300000034490094>
Número do documento: 20103015204535300000034490094

Num. 36119776 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 01953/01954 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13280701





Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180388398**.

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 13281034

Pag. 00983/00984 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 01853/01854 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13342431



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 001/09/00110 - carta_03 - INVALIDEZ



00060055

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13448720





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

063 236 454 - 83

Nome completo da vítima

Rosângela Henrique de Mácido

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Rosângela Henrique de Mácido | 063 236 454 83 | Receuse |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua Juiz Benifacio | 228 | Casa |
| Bairro | Cidade | CEP |
| Centro | Macimba de Dentro | 58230 - 000 |
| Email | | Telefone (DDD) |
| | | (83) 98769 - 6065 |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

_____, ____ de _____.
Local e Data

Rosângela Henrique de Mácido

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

063 236 454 - 83

Nome completo da vítima

Rosângela Henrique de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|------------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Rosângela Henrique de Macedo | 063 236 454 83 | Recurso |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua Juiz Bonifácio | 228 | Casa |
| Bairro | Estado | CEP |
| Bento | PB | 58230-000 |
| Email | Telefone (DDD) | |
| | (83) 9 8769-6066 | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> COMPREV PREVIDENCIAS SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) | <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (601) | <input type="checkbox"/> BANCO | <input type="checkbox"/> Nro. |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (100) | <input type="checkbox"/> ITAÚ (841) | <input type="checkbox"/> Nro. | <input type="checkbox"/> Nro. |
| AGÊNCIA | CONTA | D/V | D/V |
| Nro. | Nro. | | |
| (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) | | |

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

Fábio Pessoa 04 de Setembro de 2018
Local e Data

Rosângela Henrique de Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

063236454-83

Rosângela Henrique de Macêdo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|------------------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão | |
| Rosângela Henrique de Macêdo | 063236454-83 | Joilar | |
| Endereço | Número | Complemento | |
| Rua Juiz Bonifácio | 228 | Barca | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Centro | Caicóba de Dentro | PB | 58230-000 |
| Email | Telefone (DDD) | | |
| | (83) 98691-0886 | | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (001) | | | |
| AGÊNCIA N.R.O. | CONTA N.R.O. | D/V | |
| (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| <input type="checkbox"/> BANCO Name N.R.O. 237 | | | |
| AGÊNCIA N.R.O. | D/V | CONTA N.R.O. | D/V |
| 6787 | 8 | 0010492 | 2 |
| (Informar dígito se existir) | | | |

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

Local e Data
Rosângela Henrique de Macêdo, 03 de outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 8

Emitido pelo Banco Bradesco S.A, em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

GÊNCIA

CONTA

787 8

0010492 2

[Signature]

AUTHORIZED SIGNATURE

Central Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

Central do Exterior +55 (11) 4002-0022

0800 704-8583 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)

Central de Auditoria ou de Fala: 0800 722-0099

Central de Atendimento: 0800 727-9955

www.bradesco

Banco 24 Horas

ATM

Pulse



DISCO

NO EXTERIOR



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>

Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 9



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL
3380388398

CPF da Vítima
063.236.754-83

Nome completo da vítima

Rosângela Henrique de Macêdo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------|
| Nome completo | Rosângela Henrique de Macêdo | CPF titular da conta | 063.236.754-83 | Profissão | Recurso |
| Endereço | Rua Luiz Benício | Número | 228 | Complemento | Casa |
| Bairro | Centro | Cidade | Caicó/RN | Estado | PB |
| Email | (83) 98695-3886 | | | | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|---------------------------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | | | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para este bloco, marque. Assinale uma opção) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> BRASÍCOS (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (061) <input type="checkbox"/> ITAÚ (141) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | | |
| AGÊNCIA NRO. 20 | CONTA NRO. 10410492 | COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SOCIAL Nº 10410492 | CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Bradesco | NRO. 037 | | |
| (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) | AGÊNCIA NRO. 5787 | D/V 8 | CONTA NRO. 0010492 | D/V 2 |
| (Informar dígito se existir) | | | | | | |

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

José Peixoto, 09 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosângela Henrique de Macêdo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 11



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21^ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2018

Ocorrência nº124/2018

DESCRIÇÃO:

Aos sete (07) dias do mês de Agosto do ano de **dois mil e Dezoito** (2018), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, aí pelas 10h e30 min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: WALISSON HENRIQUE DE MACEDO , Idade: 24 anos, nascido em 23/07/1994, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Rio de Janeiro/RJ, Estado Civil: solteiro, Profissão servidor público , Filiação: José Diniz de Macedo e Rosangela Henrique de Macedo , Endereço: Rua Luiz Bonifacio nº 226 Centro , Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG 4084702 SSP/PB

CPF: 107.396.274.14

HISTÓRICO

Noticiou: QUE no dia trinta de janeiro de 2018 por volta das 16:30 horas em frente a sua residência no endereço acima mencionado sua genitora ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO portadora da RG nº 1209273 SSP/PB e CPF 063.236.454.83 quando estava passando para outro lado da rua uma motocicleta não identificada atropelou deixando caída no chão não prestando socorro evadindo-se do local imediatamente. Que a genitora do noticiante foi socorrida pelo SAMU para o hospital local da cidade de Cacimba de Dentro/PB, onde foi atendida; Que após o atendimento foi liberada para ir para casa ,e que no dia seguinte (31/01/2018) continuou sentindo muitas dores, não suportando mais as dores na coluna , no 1º de fevereiro de 2018 as 09:00 horas retornou ao hospital local onde foi atendida anteriormente ,quando foi atendida pelo medico o mesmo encaminhou para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB onde foi constado uma fratura no pé direito e uma fratura na coluna ,ficando sete dias internado no hospital de trauma e depois transferida para o hospital Antônio Targino na a cidade de Capina Grande/PB, onde passou por cirurgia ficando 5 dias internada. Que apresenta como testemunhas Reginaldo Francelino Bezerra ,portador da RG 1248792 SSP/PB, Residente Rua Alfredo Barela sn e Claudio dos Santos portador da RG 2242912 SSP/PB Residente a Rua Capitão Pedro Moreira nº 287 Centro Cacimba de Dentro/PB ..Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 07 de Agosto de 2018

Walisson Henrique de Macedo
Assinatura do (a) noticiante

Evangelista Xavier Duna
Escrívio Ad-Hoc, Mat 1373340;Q

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 Ago. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **Rosangela Henrique de Macêdo** CPF da Vítima **063.236.454-83** Data do Acidente **30/03/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) |

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Rosangela Henrique de Macêdo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- () 01- ELETIVO. CARÁ
 () 02- URGÊNCIA.
 () 03- ACIDENTE NO LOC
 () 04- ACIDENTE NO TRA
 () 05- OUTROS TIPOS DE
 () 06- OUTROS TIPOS DE
 QUÍMICOS E FÍSIC

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA

CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59

ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA

MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Rosângela Souza da Silva SEXO: F IDADE: 54c

PROFISSÃO: Documento: 1.208.293

ENDEREÇO: R. Luiz Barreto

MUNICÍPIO: Cacimba de Dentro ESTADO: Paraíba UF: PB

CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 2103506 CNS 209000847853475

DATA DE NASC.: 06/10/1963 DATA DO ATENDIMENTO: 30/10/11/18

RAÇA / COR

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1-BRANCA | <input type="checkbox"/> 2-PRETA | <input type="checkbox"/> 3-PARDA |
| <input type="checkbox"/> 4-AMARELA | <input type="checkbox"/> 5- INDÍGENA | <input type="checkbox"/> 99- SEM INFORMAÇÃO |

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: TEMPERATURA:

130/80 mmHg 37,5°C

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

RESULTADOS:

PROC

Tutoria

Nylon

Freecato Infante

MEDICAÇÃO

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRESCRITA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> APLICADA | <input type="checkbox"/> |

SERVIÇOS RE/

1- _____

2- _____

3- _____

DR. WILSON S. DO(S) PROFI
MEDICO - CRM-PB 1895

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANH

+ Isel Góes Jr

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - car





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E

1. *Glucovis*
2.
3. *Decadase*
4.

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA

CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59

ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA

MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: *Rosangela Benjume Macêow* SEXO: F IDADE: 55a

PROFISSÃO: DOCUMENTO:

ENDERECO: R. Luiz Bonifácio

MUNICÍPIO: Cacimba de Dentro ESTADO: PB UF:

CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 2603106 CNS:

DATA DE NASC.: 26/10/1963 DATA DO ATENDIMENTO: 01/10/18

RAÇA / COR

1-BRANCA

2-PRETA

3-PARDA

4-AMARELA

5- INDÍGENA

99- SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: TEMPERATURA:

Bolha no estô

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

Exames realizados na Unidade

RESULTADOS:

Resultados dos exames

() 01- ELETIVO. CARÁ

() 02- URGÊNCIA.

() 03- ACIDENTE NO LOC

() 04- ACIDENTE NO TRA

() 05- OUTROS TIPOS DE

() 06- OUTROS TIPOS DE

QUÍMICOS E FÍSIC

PROC

MEDICAÇÃO

PRESCRITA

APLICADA

SERVIÇOS RE

1-

2-

3-

ASS. DO(S) PROF

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPAN

X Valéria Moreira

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - ce



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787-8

CONTA: 000000010492-2

Nr. Autenticação
BRADESCO22112018050000000002370578700000010492168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 16

ROSANGELA FENRIQUE DE MACEDO
RUA LUIZ BONFÁIO, 101 CASA - CENTRO
CAICOBIA DE DENTRO / PE CEP: 56110000 (43-83)

Emissor: 18/04/2018 Referência: RF/2018

Classe: Básico Básico Central / Baixa Renda Monofásico B100 mm² - Tríplice Rústica - 100% Placa RECEPTOR AN4

Rodero: 6-43-516-1200-1320885585

energisa
ENERGIA E DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.065.111/0001-40 - CNPJ: 16.155.523/0001-00
Cadastral: Conta de Energia: 00000000000000000000000000000000
Cód. para Déb. Automática: 00004395208

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-------------------------|
| Abr / 2018 | 16/04/2018 | 16/05/2018 | 6323645483 nsc. Bkt. |

UC (Unidade Consumidora): 5/439520-8

Canal de contato

Declaração de Outorgado Atual do Distrital
Conforme art. 100, § 1º, da Lei nº 12.576, de 2012.
Informo que sou o(a) titular da(s) referente(s) dos(ou)s
endereço(s) informado(s) em meu nome e no(s) endereço(s)
informado(s). Esta declaração substitui, para efeitos de comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as quinzenais das faturamentos mensais à vista, feitos de anno
a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi criada em 9/4/2002
- R\$ 10.429, de 28 de abril de 2002.
Visualize cada nota fiscal que recebeu ou se aprofunde. Ligue imme-
diatamente para a Energisa e peça auxílio para resolução do fato.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|---------|-------|--------|-------|------------|----------|
| Datas | Lectura | Datas | Lectura | | | | | |
| 15/02/18 | 644 | 16/04/18 | 726 | | | | | |
| Demonstrativo | | | | | | | | |
| CC: Detran/RN | | | | | | | | |
| Quintuplicado | Tarifa | Base | Consumo | Alta | Imp.RB | Base | Car. F1/RL | Carro/RS |
| Total | Total | Total | Total | Total | Total | Total | Total | Total |
| 0801 Consumo ate 30/03/BR | 00.000,00 | 0,24300 | 7,27 | 7,27 | 0,27 | 0,27 | 0,07 | 0,00 |
| 0801 Consumo: 31/3/12017-15/02 | 81.122,14 | 0,501 | 0,57 | 0,57 | 0,57 | 0,57 | 0,20 | 0,07 |
| 2212 Guia 01 | | | | | | | | |
| LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS | | | | | | | | |
| 2807 CONTRIBUÇÃO CAMP. PÚBLICA | 5,00 | 0,20 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 JUROS DE TORPAS/12/17 | 1,20 | 0,10 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0816 Multa/03/2018 | 1,71 | 0,11 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0926 Deságua Guia 01 | 42,22 | 0,99 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CC: Deságua Guia 01/2018 TOTAL 47,99 54,41 16,10 84,41 0,59 2,71

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
06/05/2018 R\$ 47,99

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1060 | 1061 | 1062 | 1063 | 1064 | 1065 | 1066 | 1067 | 1068 | 1069 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1080 | 1081 | 1082 | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Romário S. N. Mello
necessita de 90 NASCIMENTO dias de afastamento de suas
atividades lavorar

a partir desta data.

CID - T09

Campina Grande, 12, 02, 18

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
S N
B 12 FEV. 2018 C
N R
Grau ou Grau / CRM / 19507

Ass. Médico - CRM

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 Abri. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 18



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

Ficha de Acolhimento

| | | |
|-----------------------|--|----------------------------------|
| Nome: | Rosângela Henrique de Macêdo | |
| End: | Luis Bonfáio | 226 |
| Bairro: | Cai | |
| Data de Nascimento: | 26.04.1963 | Documento de Identificação: |
| Queixa: | Atropela - Data do Atend.: 01-02-18 Hora: 13:20 Documento: | |
| Acidente de trabalho? | (<input type="checkbox"/>) Sim | (<input type="checkbox"/>) Não |

Classificação de Risco

| | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom | (<input type="checkbox"/>) Regular | (<input type="checkbox"/>) Baixo | Aspecto: (<input checked="" type="checkbox"/>) Calmo | (<input type="checkbox"/>) Fáceis |
| Frequência respiratória: | | | Frequência cardíaca: | |
| Pressão arterial: /50 X 100 | | | Temperatura axilar: | |
| Dosagem de HGT: | | | Mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada | |
| Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Livre | | | (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas | (<input checked="" type="checkbox"/>) Maca |

Estratificação

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

() Amarelo - atendimento até
() Azul - atendimento ambula

Assinatura e carimbo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1590659

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/02/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: ROSANGELA HENRIQUE CEP:58230000

Nascimento:26/04/1963

DE MACEDO

Endereço: RUA LUIS BONIFACIO

Sexo:F

Telefone: 81200129

Cidade: Cacimba de Dentro

Idade:054

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: ESTELIMA DE MACEDO PEREIRA

RG: 1209273

Nº.226

CPF: 06323645483

Profissão: AGRICULTORA

Responsável: MARIA ELZA MACEDO

Data de

CNS: 709006847853445

Atend:01/02/2018

CONVÉNIO:SUS

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 13:32:47

Especialidade:

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. Abrasão | 16. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 17. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Engorgimento venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tenoviria |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimentos torácico-paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Parafilia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Perearia |
| 14. F. Contusão | 32. Paraflebite |
| 15. F. Contuso | 33. Queimadura |
| 16. F. Contuso-contusão | 34. Pneumotórax |
| 17. F. Perfuro-contusão | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-contante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Lateralização<http://10.1.1.148/projetohtcg/npurgencia.php?contar=1590659>

EXAME PRIMÁRIO ADOS CLÍNICOS

Paciente comuns de obesidade em nível terminal, m. evidente edema exten. distal, e. membra jo e de fermeiros de tímico, xantomas, medulaos dura do exame EG R, sangu

ALERGIA: Amoxilulina / DL

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocônic

Glasgow PA

AR: Nv+ em ANT, SIRF
 ACV: RCRam 2+, BUFS+
 Abdome: Flácido, desnutri.
 epigástrica

Exames: medulaos, dor, movimento, ex. membra

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () U

() Gasometria arterial () R

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Suelio Torres* /Especialista: *Vanessa Sales* /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E C

1 () SRL - 500ml, EN - C

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

S. Torres

Alingsås i Södermanland



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

PA 001 } 001
HOT. 001 } 001





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes



GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|---|-------|---------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME: | Fábio Henrique dos Reis | | | | | | | | | | | |
| IDADE: | SEXO | COR: | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | | | | | | | |
| | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

DADOS CLÍNICOS:

Bemelomente por tutto

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio X de tórax AP
Raio X de cervical perfil
Raio X de pelvis AP

Raio X de costela direita e esq.
Raio X de coluna lombor.

| | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|
| URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Carimbo e Assinatura |
| DATA: 02/02/18 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

MOD. 002





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

REQUISIÇÃO

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|--|-------|---------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME: | Rosângela Inês da Mota | | | | | | | | | | | |
| IDADE: | SEXO | COR: | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | | | | | | | |
| | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

DADOS CLÍNICOS:

Ame peritonite da Mota

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

VSC FAST

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
| URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Carimbo e Assinatura |
| DATA: 02/02/18 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

MOD. 002





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Allegria or else

| | | |
|------------|--|------------------|
| Paciente: | Toracotomia Superior 13º esq. | 3-1 |
| | Prescrição Médica | |
| 04/02/2018 | DIETA LIVRE | NCR |
| | SF 0,9% 2000ML IV 24H | 12/18 24/06 |
| | Dipirona 2ML + AD EV 6/6H (Sem jato) | 12/18 24/06 |
| | NAUSEDON 8MG + AD EV 8/8H S/N | |
| | OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia | 06 |
| | CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H SE PA > 180 x 110 | |
| | HGT 8/8H - CORRIGIR PELO PROTOCOLO | 18 (323) 06(343) |
| | CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO! | |
| | SSVV | |
| | CCGG | |
| | PRO | |
| | PROFENID 100MG + SF 100ML IV DE 12/12H | 12/18 06 |
| | TRAMAL 100MG +SF 100ML IV DE 8/8H SN | |
| | Typh 6 300mg VO 6/6h | 12/18 06 |
| | Gymn | |
| | Daniel Dea Equipe de Neurocirurgia | |





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

REQUISIÇÃO

| | | | | | | | | |
|--------|---|--|-------|---------|----------|--|--|--|
| NOME: | Rosângela Henrique de Macêdo | | | | | | | |
| IDADE: | SEXO | COR: | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | | | |
| | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> | | | | | | |

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

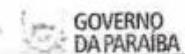
Rx do Pé Direito (AP e Obliquo)

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | |
| DATA: 01/10/2018 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

Dr. Adelmo Almeida Araújo de Melo
Carimbo e Assinatura
Médico de Emergência/Ortopedista
Assinatura PB 572

MOD. 002





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente: ROSÂNGELA HENRIQUE

Obs: Paciente 22 dias adesivo.





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

| | |
|----------------|-------------------------------|
| PACIENTE: | ROSANGELA HENRIQUES DE MACEDO |
| DATA DO EXAME: | 01/02/2018 |

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. Arquimedes A. B. Lira CRM: 7197
Médico radiologista



3-1

ROSANGELA HENRIQUE

Dieta LIVRE

SF0,9% 2000 mL ev 24h.

Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.

Clexane (Enoxaparina) 40mg SC 1X/dia

Nauseodron 8mg IV se necessário

Sinais vitais 6/6h,

17 (AP 17)

24 (a.c. 24)

100 (Pulse 100)

100 (Quedade 100)

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

05/02/2018



*04
03
38*
portaria constante orientada acima deles
realizada somente no bairro que era autorizado
de informar em mesma localização
a diligencia e diploma que ocorreu
dando de informação; *Morff*
01/02/18 para lista de volta das informações
com o bairro autorizando seu intérrogos
por que aos endereços da informação; *mora*



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Octoparia

Paciente vítima de esgotamento
referindo dor lombar e
nº pulsos pulhos e pé Ⓛ
FRANCISCO BICAMPEON
M. Rosaria Pinturé de L. e
de lobos de filhos Ⓛ
b. soluto de lombar
lombalgia
Quistos de nervos

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Dr. André Pássaro
Traumatologista
CRM-PB 575

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

— — — — — — — — — —

<http://10.1.1.148/projetohtcp/impreurgencia.php?contar=1590659>



03-02-18

08hs.

- Paciente encontra regular, orientado
superficial, foi pedido exame
no leito + exames no Paine,
montanha, Repouse. Fazendo
exames gerais, dentes

03-02-18

10hs.

Paciente encontra Regular, orientado
apresentou Soprosose, consciente regular
não, fez exames gerais, dentes

11

12 13 14
15 16 17
18 19 20
21 22 23
24 25 26
27 28 29
30 31 32
33 34 35
36 37 38
39 40 41
42 43 44
45 46 47
48 49 50
51 52 53
54 55 56
57 58 59
60 61 62
63 64 65
66 67 68
69 70 71
72 73 74
75 76 77
78 79 70
80 81 82
83 84 85
86 87 88
89 90 91
92 93 94
95 96 97
98 99 90
100 101 102
103 104 105
106 107 108
109 110 111
112 113 114
115 116 117
118 119 110
120 121 122
123 124 125
126 127 128
129 130 131
132 133 134
135 136 137
138 139 130
140 141 142
143 144 145
146 147 148
149 150 151
152 153 154
155 156 157
158 159 150
159 160 161
162 163 164
165 166 167
167 168 169
169 170 171
171 172 173
173 174 175
175 176 177
177 178 179
179 180 181
181 182 183
183 184 185
185 186 187
187 188 189
189 190 191
191 192 193
193 194 195
195 196 197
197 198 199
199 200 201
201 202 203
203 204 205
205 206 207
207 208 209
209 210 211
211 212 213
213 214 215
215 216 217
217 218 219
219 220 221
221 222 223
223 224 225
225 226 227
227 228 229
229 230 231
231 232 233
233 234 235
235 236 237
237 238 239
239 240 241
241 242 243
243 244 245
245 246 247
247 248 249
249 250 251
251 252 253
253 254 255
255 256 257
257 258 259
259 260 261
261 262 263
263 264 265
265 266 267
267 268 269
269 270 271
271 272 273
273 274 275
275 276 277
277 278 279
279 280 281
281 282 283
283 284 285
285 286 287
287 288 289
289 290 291
291 292 293
293 294 295
295 296 297
297 298 299
299 300 301
301 302 303
303 304 305
305 306 307
307 308 309
309 310 311
311 312 313
313 314 315
315 316 317
317 318 319
319 320 321
321 322 323
323 324 325
325 326 327
327 328 329
329 330 331
331 332 333
333 334 335
335 336 337
337 338 339
339 340 341
341 342 343
343 344 345
345 346 347
347 348 349
349 350 351
351 352 353
353 354 355
355 356 357
357 358 359
359 360 361
361 362 363
363 364 365
365 366 367
367 368 369
369 370 371
371 372 373
373 374 375
375 376 377
377 378 379
379 380 381
381 382 383
383 384 385
385 386 387
387 388 389
389 390 391
391 392 393
393 394 395
395 396 397
397 398 399
399 400 401
401 402 403
403 404 405
405 406 407
407 408 409
409 410 411
411 412 413
413 414 415
415 416 417
417 418 419
419 420 421
421 422 423
423 424 425
425 426 427
427 428 429
429 430 431
431 432 433
433 434 435
435 436 437
437 438 439
439 440 441
441 442 443
443 444 445
445 446 447
447 448 449
449 450 451
451 452 453
453 454 455
455 456 457
457 458 459
459 460 461
461 462 463
463 464 465
465 466 467
467 468 469
469 470 471
471 472 473
473 474 475
475 476 477
477 478 479
479 480 481
481 482 483
483 484 485
485 486 487
487 488 489
489 490 491
491 492 493
493 494 495
495 496 497
497 498 499
499 500 501
501 502 503
503 504 505
505 506 507
507 508 509
509 510 511
511 512 513
513 514 515
515 516 517
517 518 519
519 520 521
521 522 523
523 524 525
525 526 527
527 528 529
529 530 531
531 532 533
533 534 535
535 536 537
537 538 539
539 540 541
541 542 543
543 544 545
545 546 547
547 548 549
549 550 551
551 552 553
553 554 555
555 556 557
557 558 559
559 560 561
561 562 563
563 564 565
565 566 567
567 568 569
569 570 571
571 572 573
573 574 575
575 576 577
577 578 579
579 580 581
581 582 583
583 584 585
585 586 587
587 588 589
589 590 591
591 592 593
593 594 595
595 596 597
597 598 599
599 600 601
601 602 603
603 604 605
605 606 607
607 608 609
609 610 611
611 612 613
613 614 615
615 616 617
617 618 619
619 620 621
621 622 623
623 624 625
625 626 627
627 628 629
629 630 631
631 632 633
633 634 635
635 636 637
637 638 639
639 640 641
641 642 643
643 644 645
645 646 647
647 648 649
649 650 651
651 652 653
653 654 655
655 656 657
657 658 659
659 660 661
661 662 663
663 664 665
665 666 667
667 668 669
669 670 671
671 672 673
673 674 675
675 676 677
677 678 679
679 680 681
681 682 683
683 684 685
685 686 687
687 688 689
689 690 691
691 692 693
693 694 695
695 696 697
697 698 699
699 700 701
701 702 703
703 704 705
705 706 707
707 708 709
709 710 711
711 712 713
713 714 715
715 716 717
717 718 719
719 720 721
721 722 723
723 724 725
725 726 727
727 728 729
729 730 731
731 732 733
733 734 735
735 736 737
737 738 739
739 740 741
741 742 743
743 744 745
745 746 747
747 748 749
749 750 751
751 752 753
753 754 755
755 756 757
757 758 759
759 760 761
761 762 763
763 764 765
765 766 767
767 768 769
769 770 771
771 772 773
773 774 775
775 776 777
777 778 779
779 780 781
781 782 783
783 784 785
785 786 787
787 788 789
789 790 791
791 792 793
793 794 795
795 796 797
797 798 799
799 800 801
801 802 803
803 804 805
805 806 807
807 808 809
809 810 811
811 812 813
813 814 815
815 816 817
817 818 819
819 820 821
821 822 823
823 824 825
825 826 827
827 828 829
829 830 831
831 832 833
833 834 835
835 836 837
837 838 839
839 840 841
841 842 843
843 844 845
845 846 847
847 848 849
849 850 851
851 852 853
853 854 855
855 856 857
857 858 859
859 860 861
861 862 863
863 864 865
865 866 867
867 868 869
869 870 871
871 872 873
873 874 875
875 876 877
877 878 879
879 880 881
881 882 883
883 884 885
885 886 887
887 888 889
889 890 891
891 892 893
893 894 895
895 896 897
897 898 899
899 900 901
901 902 903
903 904 905
905 906 907
907 908 909
909 910 911
911 912 913
913 914 915
915 916 917
917 918 919
919 920 921
921 922 923
923 924 925
925 926 927
927 928 929
929 930 931
931 932 933
933 934 935
935 936 937
937 938 939
939 940 941
941 942 943
943 944 945
945 946 947
947 948 949
949 950 951
951 952 953
953 954 955
955 956 957
957 958 959
959 960 961
961 962 963
963 964 965
965 966 967
967 968 969
969 970 971
971 972 973
973 974 975
975 976 977
977 978 979
979 980 981
981 982 983
983 984 985
985 986 987
987 988 989
989 990 991
991 992 993
993 994 995
995 996 997
997 998 999
999 1000 1001
1001 1002 1003
1003 1004 1005
1005 1006 1007
1007 1008 1009
1009 10010 10011
10011 10012 10013
10013 10014 10015
10015 10016 10017
10017 10018 10019
10019 10020 10021
10021 10022 10023
10023 10024 10025
10025 10026 10027
10027 10028 10029
10029 10030 10031
10031 10032 10033
10033 10034 10035
10035 10036 10037
10037 10038 10039
10039 10040 10041
10041 10042 10043
10043 10044 10045
10045 10046 10047
10047 10048 10049
10049 10050 10051
10051 10052 10053
10053 10054 10055
10055 10056 10057
10057 10058 10059
10059 10060 10061
10061 10062 10063
10063 10064 10065
10065 10066 10067
10067 10068 10069
10069 10070 10071
10071 10072 10073
10073 10074 10075
10075 10076 10077
10077 10078 10079
10079 10080 10081
10081 10082 10083
10083 10084 10085
10085 10086 10087
10087 10088 10089
10089 10090 10091
10091 10092 10093
10093 10094 10095
10095 10096 10097
10097 10098 10099
10099 100100 100101
100101 100102 100103
100103 100104 100105
100105 100106 100107
100107 100108 100109
100109 100110 100111
100111 100112 100113
100113 100114 100115
100115 100116 100117
100117 100118 100119
100119 100120 100121
100121 100122 100123
100123 100124 100125
100125 100126 100127
100127 100128 100129
100129 100130 100131
100131 100132 100133
100133 100134 100135
100135 100136 100137
100137 100138 100139
100139 100140 100141
100141 100142 100143
100143 100144 100145
100145 100146 100147
100147 100148 100149
100149 100150 100151
100151 100152 100153
100153 100154 100155
100155 100156 100157
100157 100158 100159
100159 100160 100161
100161 100162 100163
100163 100164 100165
100165 100166 100167
100167 100168 100169
100169 100170 100171
100171 100172 100173
100173 100174 100175
100175 100176 100177
100177 100178 100179
100179 100180 100181
100181 100182 100183
100183 100184 100185
100185 100186 100187
100187 100188 100189
100189 100190 100191
100191 100192 100193
100193 100194 100195
100195 100196 100197
100197 100198 100199
100199 100200 100201
100201 100202 100203
100203 100204 100205
100205 100206 100207
100207 100208 100209
100209 100210 100211
100211 100212 100213
100213 100214 100215
100215 100216 100217
100217 100218 100219
100219 100220 100221
100221 100222 100223
100223 100224 100225
100225 100226 100227
100227 100228 100229
100229 100230 100231
100231 100232 100233
100233 100234 100235
100235 100236 100237
100237 100238 100239
100239 100240 100241
100241 100242 100243
100243 100244 100245
100245 100246 100247
100247 100248 100249
100249 100250 100251
100251 100252 100253
100253 100254 100255
100255 100256 100257
100257 100258 100259
100259 100260 100261
100261 100262 100263
100263 100264 100265
100265 100266 100267
100267 100268 100269
100269 100270 100271
100271 100272 100273
100273 100274 100275
100275 100276 100277
100277 100278 100279
100279 100280 100281
100281 100282 100283
100283 100284 100285
100285 100286 100287
100287 100288 100289
100289 100290 100291
100291 100292 100293
100293 100294 100295
100295 100296 100297
100297 100298 100299
100299 100300 100301
100301 100302 100303
100303 100304 100305
100305 100306 100307
100307 100308 100309
100309 100310 100311
100311 100312 100313
100313 100314 100315
100315 100316 100317
100317 100318 100319
100319 100320 100321
100321 100322 100323
100323 100324 100325
100325 100326 100327
100327 100328 100329
100329 100330 100331
100331 100332 100333
100333 100334 100335
100335 100336 100337
100337 100338 100339
100339 100340 100341
100341 100342 100343
100343 100344 100345
100345 100346 100347
100347 100348 100349
100349 100350 100351
100351 100352 100353
100353 100354 100355
100355 100356 100357
100357 100358 100359
100359 100360 100361
100361 100362 100363
100363 100364 100365
100365 100366 100367
100367 100368 100369
100369 100370 100371
100371 100372 100373
100373 100374 100375
100375 100376 100377
100377 100378 100379
100379 100380 100381
100381 100382 100383
100383 100384 100385
100385 100386 100387
100387 100388 100389
100389 100390 100391
100391 100392 100393
100393 100394 100395
100395 100396 100397
100397 100398 100399
100399 100400 100401
100401 100402 100403
100403 100404 100405
100405 100406 100407
100407 100408 100409
100409 100410 100411
100411 100412 100413
100413 100414 100415
100415 100416 100417
100417 100418 100419
100419 100420 100421
100421 100422 100423
100423 100424 100425
100425 100426 100427
100427 100428 100429
100429 100430 100431
100431 100432 100433
100433 100434 100435
100435 100436 100437
100437 100438 100439
100439 100440 100441
100441 100442 100443
100443 100444 100445
100445 100446 100447
100447 100448 100449
100449 100450 100

05 " patient worn arm inter connects with
02 " moments signs over shoulder signs
18 " before seen

~~Lorraine~~



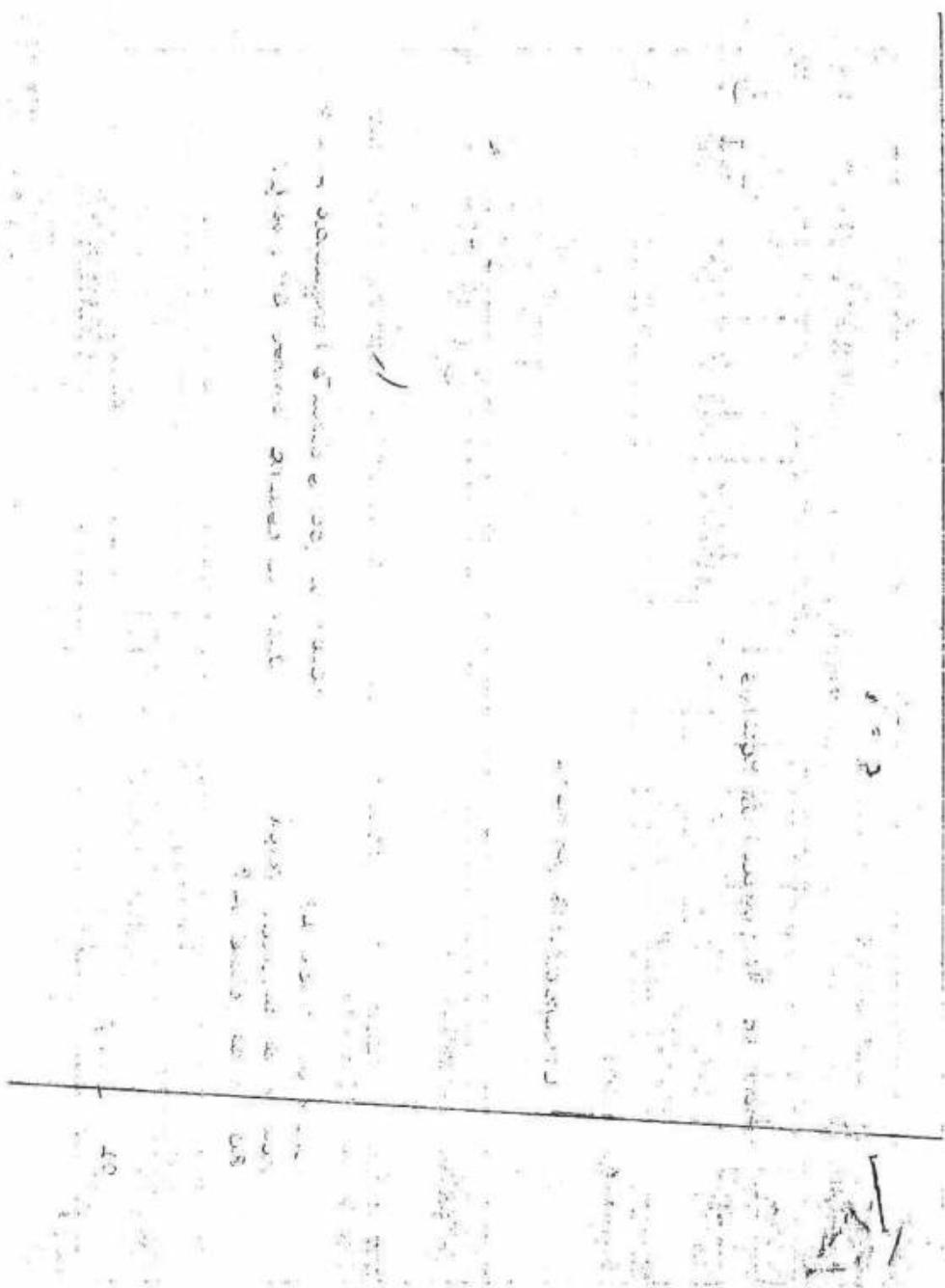
Antônio Sorela



CHAVES E SÉRGIO
22/06/2018 - 17:50:48
PROTÓCOLO DE RECEBIMENTO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA.







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 39



Prontuário
934807

Atendimento
2275388

Reserva/Guia

Data: 07/02/2018 Hora: 16:34

Paciente
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO [CPF: 6323645483]

Sexo Est. Civil

F Casado

Dt Nasc.

26/04/1963

Telefone

981119208

R.G.

1209273

Código CRM

709006847853415

Endereço
LUIS BONIFACIO

Num. Complemento
226

Profissão

Bairro
CACIMBA DE DENTRO

Cidade
CACIMBA DE DENTRO

UF
PB

Nome da Mãe
ESTELINA DE MACEDO PEREIRA

Responsável
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Bairro
CACIMBA DE DENTRO

Endereço
RUA

Médico Atendente
1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]

Cidade
CACIMBA DE DENTRO

Procedimento
Data min. para alta - 07/02/2018 Data máx. para alta - 07/02/2018

Médico Acompanhante
1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]

Cid

Origem

Setor
3009 SECRETARIA SUS Convênio
50 SUS

Atendente - SOCORRO

POSTO - ENFERMARIA - LEITO:

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Marlucê 226
Dr. Italo César Sep 58230000 Telefone 96681320
Dr. Luciano Holanda
Enfº Luis Holanda NEUROLOGIA
D. Atanápolis 2948
www.luisoholanda.com.br
Data

Resumo de Tratamento

| | | |
|--|---|--|
| Acompanhante...? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Data admissão: 07/02/2018 | Data alta: 12,02,18 |
| Internação anterior..? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Hora admissão: : | Hora alta: 08 : 00 : |
| Alta...: Curado...: <input type="checkbox"/> Melhorado...: <input checked="" type="checkbox"/> Inalterado...: <input type="checkbox"/> | Inalterado...: <input type="checkbox"/> | Clinica..: Médica...: <input type="checkbox"/> |
| Piorado...: <input type="checkbox"/> A pedido...: <input type="checkbox"/> Indisciplina...: <input type="checkbox"/> | Indisciplina...: <input type="checkbox"/> | Cirúrgica...: <input type="checkbox"/> |
| Transferido...: <input type="checkbox"/> Falecimento...: <input type="checkbox"/> Evasão...: <input type="checkbox"/> | Evasão...: <input type="checkbox"/> | Obstétrica...: <input type="checkbox"/> |

Diagnóstico:

+RM

0415030013 4511

Definitivo...:

Histórico:

ORTSESE PROTESE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

Carimbo e Assinatura do Médico

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

Simples

C/Contraste

Uti

Entrada: / /

Saída: / /

Caract. Trat. | | |

(J) Sangue..: [] Rh..: [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G [] H [] I [] J [] K [] L [] M [] N [] O [] P [] Q [] R [] S [] T [] U [] V [] W [] X [] Y [] Z []

Col. dnmn/ Lb

RX REALIZADO
EM 08/02/18

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
COLETA: 08/02/18
HORA: 07:35
RESPONSÁVEL: Supleude

RX DE CONTROLE

REALIZADO EM, 08/02/18

PROTÓCOLO

REALIZADO EM, 08/02/18

AG. JOAO PESSOA



PACIENTE: ROSANGELA FRANCA DE MACEDO
 CONVÉNIO: SUS SUS
 CIRURGIA: FIXAÇÃO DA COLUNA LUMBAR
 CIRURGÃO: DR. RAFAEL TULIANO
 AUXILIAR: DR. MARCOS MAGNO
 CIRCULANTE: VANDIANO

SUS PRONTUÁRIO: 934807/2275388 DATA: 09/02/78

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR.

| CÓD. | MEDICAMENTO | QUANT. | CÓD. | MATERIAL | QUANT. | CÓD. | FIOS | QUANT. |
|--------|----------------------|----------|--------|------------------------------------|----------|--------|----------------|--------|
| 1672 | ADRENALINA | | 107329 | ADAPTADOR PI SORO | 01 | 107329 | ACIFLEX N° | |
| 1880 | ÁGUA DESTILADA | 04 | 110089 | AG. RAQUI 27BD | | 110089 | ALGODÃO C/A N° | |
| 1899 | AMINOFILINA | | 120089 | AG. RAQUI 25BD | | 120089 | ALGODÃO S/A N° | |
| 1929 | ARAMIN | | 161281 | AG. RAQUI P/ OBESO BD | | 161281 | CROMADO C/A N° | |
| 2070 | ATROPINA | 04 | 40472 | AGULHA DESCARTÁVEL N° | 04 | 40472 | CROMADO S/A N° | |
| 265799 | BEXTRA | | | AGULHA PERIDURAL N° | | | ETHIBOND N° | |
| 1902 | BICARBONATO DE SÓDIO | | | AGULHA RAQUI N° | | | FITA CARDIACA | |
| 4650 | CEFALOTINA 1g | | 2259 | ALGODÃO HIDRÓFILO | 33 | 2259 | MONOCRYL N° | 2-0 08 |
| 122769 | CEFAZOLINA 1g | | 9113 | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | 9113 | MONONYLON N° | |
| 1767 | CEFTRIAXONA | | | ATADURA CREPON N° | 10 02 | | PROLENE N° | |
| 154666 | CETROPROFENO IV | | | ATADURA GESSADA | | | VICRYL N° | |
| 1910 | CLORETO DE POTÁSSIO | | 2356 | BOLSA COLOSTOMIA | | 2356 | SOLUÇÕES | |
| 2003 | CLORETO DE SÓDIO | | | CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N° | | 2330 | ÁGUA OXIGENADA | |
| 5304 | DEXAMETASONA | | 211958 | CAPA PARA VÍDEO | | 149217 | ÁLCOOL | |
| 4855 | DICLOFENACO SÓDICO | 07 | 2429 | CATETER OXIGÉNIO | 07 | 304000 | CLOREXIDINA | |
| 2020 | DIPIRONA | | 27880 | COLETOR URINA ABERTO | | 2631 | ÉTER | |
| 5673 | DOPAMINA | | 22381 | COLETOR URINA FECHADO | 01 | 3603 | PVP DEGERMANTE | |
| 32190 | EFEDRINA | | | COMPRESSAS | 35 | 3611 | PVP TÓPICO | |
| 5339 | FENERGAN | | 142341 | COMPRESSAS 25x26 | | 4111 | VASELINA | |
| 2038 | FUROSEMIDA | | | DRENO PENROSE N° | | | | |
| 4266 | GARAMICINA 40mg | 40472 03 | | DRENO SUCÇÃO N° | 64 07 | | | |
| 2046 | GLICOSE 50% | | | DRENO TÓRAX N° | | | | |
| 2054 | GLUCONATO DE CÁLCIO | | 59587 | ELETRODO | 05 | | | |
| 5398 | HEPARINA | | 2585 | EQUIPO MACROGOTAS | 01 | | | |
| 5380 | HIDROCORTISONA | | 287393 | EQUIPO PI ARTROSCOPIA | | | | |
| 2062 | METOCLOPRAMIDA | | 2615 | ESPARADRAPO | 75074 | | | |
| 37859 | NAUSEDRON 8mg | | 20117 | FITA GLICEMIA | | | | |
| 69906 | OMEPRAZOL 40mg | | 142220 | GAZES 7,5X7,5 | 501N | | | |
| 70181 | PROSTIGMINE | 04 | | GAZES | | | | |
| 70238 | QUELICIM | | 3425 | GELFOAN | | | | |
| 28819 | RANITIDINA | 01 | 60917 | GILETE | | | | |
| 70335 | SOLUMEDROL 500mg | | | GUENDEL N° | | | | |
| 403792 | TORADOL | | 3468 | INTRA-CATH | | | | |
| 70971 | TRANSAMIN | | | JELCO N° | 18 | | | |
| 70572 | TILATIL 40mg | | 132709 | LÂMINA BISTURI N° | 15+24 02 | | | |
| | | | 111209 | LUVAS 6,5 | | | | |
| | | | 40126 | LUVAS 7,0 | 02 | | | |
| | | | 3522 | LUVAS 7,5 | 02 | | | |
| | | | 149870 | LUVAS 8,0 | | | | |
| | | | 69752 | LUVAS 8,5 | | | | |
| | | | | MICROPORE LARGO | 75074 | | | |
| | | | | SCALPS N° | | | | |
| | | | 3735 | SERINGA DE 01cc | | | | |
| | | | 3700 | SERINGA DE 03cc | | | | |
| | | | 3719 | SERINGA DE 05cc | | | | |
| | | | 3669 | SERINGA DE 10cc | | | | |
| | | | 3697 | SERINGA DE 20cc | | | | |
| | | | 341797 | SERINGA DE 60cc (bico longo/curto) | | | | |
| | | | | SONDA FOLEY N° | 14 | | | |
| | | | | SONDA NELATON | 01 | | | |
| | | | | SONDA NSG | | | | |
| | | | | SONDA RETAL | | | | |
| | | | 53937 | SURGICEL | | | | |
| | | | 4081 | TORNEIRA 03 VIAS | | | | |
| | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL N° | 15 02 | | | |
| | | | | NRAMAM | | | | |

EMENTE ATENDIDO PELO SUS

COMPRAIS FORAM

COMPREI SUS

PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2018

PROTÓCOLO

JOÃO PESSOA

REALSET 98850 4593 / 98807 5347

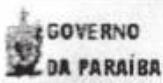
BOLETIM DE ANESTESE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|--|------------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|--------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----|---|-----|--|--|---------------|---|----|--|--|---------------|---|----|--|--|----------------|---|----|--|--|------|-----|---|---|--|---|-----------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|-------------------|--------------------|--------------------|--------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| NOME: Rosângela Henrique de Mecido | | APTO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONVÊNIO: | SUS | IDADE: | SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DA CARTEIRA: | | INÍCIO: 09:20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GUIA DE INTERNAÇÃO: | | TERMINO: 11:20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SENHA: | | HORÁRIO ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: TRM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ^a Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) | | 2 ^a Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manoel Wagner + Rafael Holanda | | Instrumentador(a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipe Anestesiológica Suelio Moreira | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimentos Realizados: | | | | Códigos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fractura de Coluna lombosacra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horário → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>AGENTES</td> <td>OXIGÉNIO</td> <td>N₂O/AR</td> <td>S_{CO}2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS VENOSOS</td> <td>SOL. Fisiológicas</td> <td>SOL. DE RINGER</td> <td>CONC. HEMACIAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MONITORES</td> <td>ECG</td> <td>85 85 75 96 75 75 75 125 75 75 75</td> <td>SpO₂</td> <td>99 99 99 99 79 99 77 99 99 99 99</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SpO₂</td> <td>99 99 99 99 79 99 77 99 99 99 99</td> <td>EIC_o₂</td> <td>75 75 75 75 75 75 75 75 75 75 75</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DIURESE</td> <td>33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | AGENTES | OXIGÉNIO | N ₂ O/AR | S _{CO} 2 | | LÍQUIDOS VENOSOS | SOL. Fisiológicas | SOL. DE RINGER | CONC. HEMACIAS | | MONITORES | ECG | 85 85 75 96 75 75 75 125 75 75 75 | SpO ₂ | 99 99 99 99 79 99 77 99 99 99 99 | | SpO ₂ | 99 99 99 99 79 99 77 99 99 99 99 | EIC _o ₂ | 75 75 75 75 75 75 75 75 75 75 75 | | DIURESE | 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | OXIGÉNIO | N ₂ O/AR | S _{CO} 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍQUIDOS VENOSOS | SOL. Fisiológicas | SOL. DE RINGER | CONC. HEMACIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONITORES | ECG | 85 85 75 96 75 75 75 125 75 75 75 | SpO ₂ | 99 99 99 99 79 99 77 99 99 99 99 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SpO ₂ | 99 99 99 99 79 99 77 99 99 99 99 | EIC _o ₂ | 75 75 75 75 75 75 75 75 75 75 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIURESE | 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>TORNOQUE</td> <td>Tempo</td> <td>09:20</td> <td>10:20</td> <td>11:20</td> </tr> <tr> <td>LOCAL:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulso</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PA</td> <td>V</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PA</td> <td>T</td> <td>150</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TEM</td> <td>▲</td> <td>120</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PVC</td> <td>△</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inicio Anest.</td> <td>X</td> <td>90</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inicio Cirur.</td> <td>○</td> <td>60</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Término Cirur.</td> <td>⊗</td> <td>30</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESP</td> <td>ESP</td> <td>R</td> <td>O</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>ASS CONT.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Anestesia Geral bolonchedo - por congelamento 75. VMC: V_F = 500 F_A = 12 F_D = 502</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1"> <tr> <td>INDUÇÃO</td> <td>INTUBAÇÃO TUBO N°</td> <td>ANESTESIA REGIONAL</td> <td>ANESTESIA REGIONAL</td> <td>PUNÇÃO</td> <td>EQUIPAMENTOS UTILIZADOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalatória</td> <td><input type="checkbox"/> Oral</td> <td><input type="checkbox"/> Peridural</td> <td><input type="checkbox"/> P. Braço/Cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Mediapa</td> <td><input type="checkbox"/> Aspirador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Venosa</td> <td><input type="checkbox"/> Nasal</td> <td><input type="checkbox"/> Raquianestesia</td> <td><input type="checkbox"/> A. Subaracnóidea</td> <td><input type="checkbox"/> Paracimediana</td> <td><input type="checkbox"/> Baraka</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> C/Balão</td> <td><input type="checkbox"/> Epidural Sacra</td> <td><input type="checkbox"/> Interescáfénico</td> <td><input type="checkbox"/> Sentada</td> <td><input type="checkbox"/> ECG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalatória</td> <td><input type="checkbox"/> S/Balão</td> <td><input type="checkbox"/> N. Periférico</td> <td><input type="checkbox"/> I.V.</td> <td><input type="checkbox"/> Drenagem</td> <td><input type="checkbox"/> Bis</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | | | | | TORNOQUE | Tempo | 09:20 | 10:20 | 11:20 | LOCAL: | | | | | Pulso | ● | | | | PA | V | 180 | | | PA | T | 150 | | | TEM | ▲ | 120 | | | PVC | △ | 100 | | | Inicio Anest. | X | 90 | | | Inicio Cirur. | ○ | 60 | | | Término Cirur. | ⊗ | 30 | | | RESP | ESP | R | O | | O | ASS CONT. | | | | Anestesia Geral bolonchedo - por congelamento 75. VMC: V _F = 500 F _A = 12 F _D = 502 | | | | | <table border="1"> <tr> <td>INDUÇÃO</td> <td>INTUBAÇÃO TUBO N°</td> <td>ANESTESIA REGIONAL</td> <td>ANESTESIA REGIONAL</td> <td>PUNÇÃO</td> <td>EQUIPAMENTOS UTILIZADOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalatória</td> <td><input type="checkbox"/> Oral</td> <td><input type="checkbox"/> Peridural</td> <td><input type="checkbox"/> P. Braço/Cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Mediapa</td> <td><input type="checkbox"/> Aspirador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Venosa</td> <td><input type="checkbox"/> Nasal</td> <td><input type="checkbox"/> Raquianestesia</td> <td><input type="checkbox"/> A. Subaracnóidea</td> <td><input type="checkbox"/> Paracimediana</td> <td><input type="checkbox"/> Baraka</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> C/Balão</td> <td><input type="checkbox"/> Epidural Sacra</td> <td><input type="checkbox"/> Interescáfénico</td> <td><input type="checkbox"/> Sentada</td> <td><input type="checkbox"/> ECG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalatória</td> <td><input type="checkbox"/> S/Balão</td> <td><input type="checkbox"/> N. Periférico</td> <td><input type="checkbox"/> I.V.</td> <td><input type="checkbox"/> Drenagem</td> <td><input type="checkbox"/> Bis</td> </tr> </table> | | | | | INDUÇÃO | INTUBAÇÃO TUBO N° | ANESTESIA REGIONAL | ANESTESIA REGIONAL | PUNÇÃO | EQUIPAMENTOS UTILIZADOS | <input type="checkbox"/> Inalatória | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Peridural | <input type="checkbox"/> P. Braço/Cervical | <input type="checkbox"/> Mediapa | <input type="checkbox"/> Aspirador | <input type="checkbox"/> Venosa | <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Raquianestesia | <input type="checkbox"/> A. Subaracnóidea | <input type="checkbox"/> Paracimediana | <input type="checkbox"/> Baraka | <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO | <input type="checkbox"/> C/Balão | <input type="checkbox"/> Epidural Sacra | <input type="checkbox"/> Interescáfénico | <input type="checkbox"/> Sentada | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Inalatória | <input type="checkbox"/> S/Balão | <input type="checkbox"/> N. Periférico | <input type="checkbox"/> I.V. | <input type="checkbox"/> Drenagem | <input type="checkbox"/> Bis |
| TORNOQUE | Tempo | 09:20 | 10:20 | 11:20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pulso | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | V | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | T | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEM | ▲ | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PVC | △ | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inicio Anest. | X | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inicio Cirur. | ○ | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Término Cirur. | ⊗ | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP | ESP | R | O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O | ASS CONT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anestesia Geral bolonchedo - por congelamento 75. VMC: V _F = 500 F _A = 12 F _D = 502 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>INDUÇÃO</td> <td>INTUBAÇÃO TUBO N°</td> <td>ANESTESIA REGIONAL</td> <td>ANESTESIA REGIONAL</td> <td>PUNÇÃO</td> <td>EQUIPAMENTOS UTILIZADOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalatória</td> <td><input type="checkbox"/> Oral</td> <td><input type="checkbox"/> Peridural</td> <td><input type="checkbox"/> P. Braço/Cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Mediapa</td> <td><input type="checkbox"/> Aspirador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Venosa</td> <td><input type="checkbox"/> Nasal</td> <td><input type="checkbox"/> Raquianestesia</td> <td><input type="checkbox"/> A. Subaracnóidea</td> <td><input type="checkbox"/> Paracimediana</td> <td><input type="checkbox"/> Baraka</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> C/Balão</td> <td><input type="checkbox"/> Epidural Sacra</td> <td><input type="checkbox"/> Interescáfénico</td> <td><input type="checkbox"/> Sentada</td> <td><input type="checkbox"/> ECG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalatória</td> <td><input type="checkbox"/> S/Balão</td> <td><input type="checkbox"/> N. Periférico</td> <td><input type="checkbox"/> I.V.</td> <td><input type="checkbox"/> Drenagem</td> <td><input type="checkbox"/> Bis</td> </tr> </table> | | | | | INDUÇÃO | INTUBAÇÃO TUBO N° | ANESTESIA REGIONAL | ANESTESIA REGIONAL | PUNÇÃO | EQUIPAMENTOS UTILIZADOS | <input type="checkbox"/> Inalatória | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Peridural | <input type="checkbox"/> P. Braço/Cervical | <input type="checkbox"/> Mediapa | <input type="checkbox"/> Aspirador | <input type="checkbox"/> Venosa | <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Raquianestesia | <input type="checkbox"/> A. Subaracnóidea | <input type="checkbox"/> Paracimediana | <input type="checkbox"/> Baraka | <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO | <input type="checkbox"/> C/Balão | <input type="checkbox"/> Epidural Sacra | <input type="checkbox"/> Interescáfénico | <input type="checkbox"/> Sentada | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Inalatória | <input type="checkbox"/> S/Balão | <input type="checkbox"/> N. Periférico | <input type="checkbox"/> I.V. | <input type="checkbox"/> Drenagem | <input type="checkbox"/> Bis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDUÇÃO | INTUBAÇÃO TUBO N° | ANESTESIA REGIONAL | ANESTESIA REGIONAL | PUNÇÃO | EQUIPAMENTOS UTILIZADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inalatória | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Peridural | <input type="checkbox"/> P. Braço/Cervical | <input type="checkbox"/> Mediapa | <input type="checkbox"/> Aspirador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Venosa | <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Raquianestesia | <input type="checkbox"/> A. Subaracnóidea | <input type="checkbox"/> Paracimediana | <input type="checkbox"/> Baraka | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO | <input type="checkbox"/> C/Balão | <input type="checkbox"/> Epidural Sacra | <input type="checkbox"/> Interescáfénico | <input type="checkbox"/> Sentada | <input type="checkbox"/> ECG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inalatória | <input type="checkbox"/> S/Balão | <input type="checkbox"/> N. Periférico | <input type="checkbox"/> I.V. | <input type="checkbox"/> Drenagem | <input type="checkbox"/> Bis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANESTESIA ATENDIDA PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS





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

Paciente: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
Data do Exame: 01/02/2018
Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Lombar

Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando os interespasos.....

Indicação:

Análise:

- Fratura cominutiva no corpo vertebral de L3, com extensão para o muro posterior, com sinais de retropulsão, comprimindo a face ventral do saco dural, sem extensão para os neuroforames. Não há sinais de envolvimento dos pedículos por fratura nem dos elementos vertebrais posteriores.
- Não há evidência de herniação discal significativa, seja difusa ou localizada nos interespasos estudados.
- Demais porções do saco dural e tecido adiposo epidural de configuração anatômica.

Ramonie de Miranda Araújo
Dr. Ramonie de Miranda Araújo
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.
CRM-PB 8220

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTÔNIO Targino
CUJAS DESpesAS SÃO PESSOALMENTE
COBRADAS AO SUS



LAUDO RADIOLÓGICO

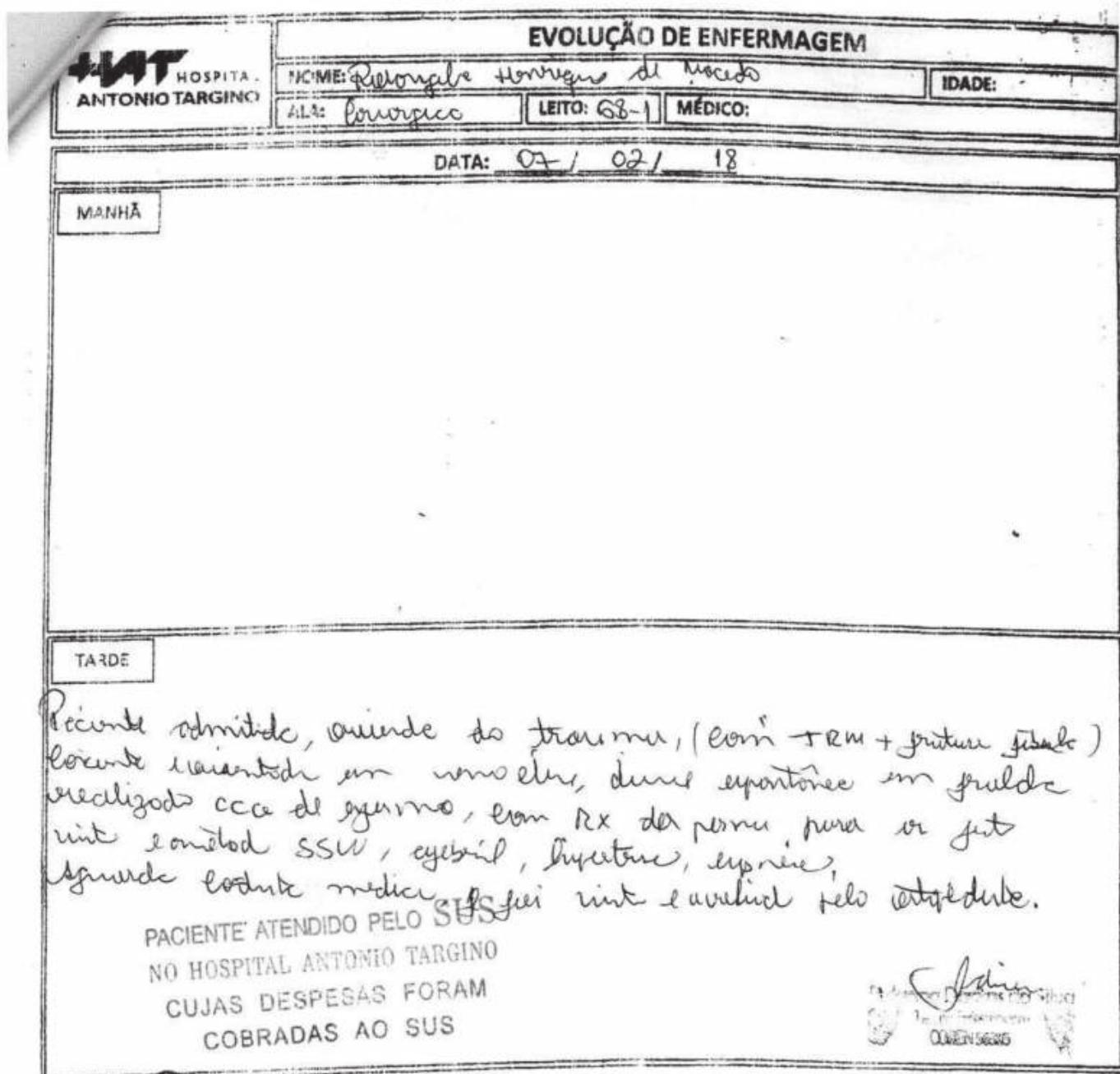
INICIAL=FRATURA DE COLUNA LOMBAR
CONTROL=FRATURA DE COLUNA LOMBAR COM OSTEOSSINTES

DATA 07 / 02 / 18

Rosalva Andrade dos Santos
CRM 1508
MÉDICO LOGISTA

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





NOITE Paciente consciente e orientada,
refere dor intensa na coluna lombar
e seu M1D farto immobilizado no mesmo
e medicado Ace + ssuv. Dado
paciente do ortopedista p/ tratamento
consecutivo.




Maria Cristina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 604317





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosângela Henrique de Freitas
ALIA: Quinze LEITO: MÉDICO:

IDADE:

DATA: 08/02/18

MANHÃ

Paciente encontra-se repousado na cama de repouso, realizou Rx da coluna, + ECG e aguarda procedimento cirúrgico. Seque em hidrotécos venosa as Cuidados da Enfermagem.

TARDE

Paciente mantém o quadro regular, em repouso no leito com (TRM) parcialmente de um desprendimento, a m��ra situada na parte direita, porém foi dada a evacuação liberal da urina, diurese espontânea em grande quantidade, realizada ecga cirurgia amanhã, segue med CPN.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM

NOITE

Dia 08/02/18:

Paciente evolui acordada, orientada em repouso no leito, aguarda procedimento cirúrgico, provavelmente p/ amanhã, evolui em ótimo estado após 24 hs, m.e.p realizado os cuidados de controles de enfermagem. Pac. tem alergia a várias medicamentos.

Laudelino Azevedo
08/02/2018
CORON 244583

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGU. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: **Rosangela**
ALA: **Emergência** LEITO: **63** MÉDICO: **Nuno**

IDADE:

DATA: **09/02/18**

MANHÃ

Paciente consciente e orientada evoluindo o quadro estabil em alta ocorrência de febre, dispneia, no entanto segue os procedimentos da equipe.

(Y)

TARDE

Paciente em PTO de fratura de coluna, consciente e orientada em repouso no leito, nenhuma evolução SSUV, arterial normotensa, dispneia, em momento de realização de exame de ginecologia, atinge o momento de alterações do quadro com SUD e dor de suscitação, nega dor em C7.

Fabiana Dantas da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 56315

NOITE

Paciente consciente, orientada bem queixas no momento, com SUD + dor no hemovac, medicação ACU + SSUV. Paciente alérgica a várias medicações.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM COMPRAVIDÊNCIA S/A
COBRADAS AO SUS

COMPREV

22 AGO. 2018

Maria Nazina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 604317

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Rosangela EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosangela Henrique de Maceió IDADE:
ALAS: 0108 LEITO: 08 MÉDICO:

DATA: 10/02/18

MANHÃ

Paciente evolui, mantendo quadros estáveis. Apesar de concussão e contusão toracica, fonoaudióloga, fisioterapeuta bem á vista, dilatado pressorismo suspeito em SVD, mantendo drenagem de gástricas. Segue os cuidados da enfermagem.

Zenaido da Silva
SUS

TARDE

Paciente evolui com quadro intóx, im. 300g de jucos de coluna, borçante vermelha em supino no leito, sentindo bem a dor eról, diminui a intensidade em supino no leito, mantendo dreno de suco. Até o momento n/ alterações de humor, n/ sintomas SSV, n/ febre, n/ náuseas, n/ vômitos, n/ cefaleia, n/ dor nas costas.

Jabirio

NOITE

Paciente evolui. Cl. F. G. E. fonoaudióloga, mo. 1º apo, si drenagem medicada com náuseas por saida drenagem de suco. em controle. Segue os cuidados de enfermagem.

Edite Rameis da Silva
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN-PB 75.177

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





**HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**

FISOTERAPIA

Nome do Paciente: Renan Oliveira

idade: _____ Médico (DR):

PREV
DÉNCIA SÍC



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**AT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**NOME: Ricardo Henrique de Mello IDADE:
ALA: Clínica LEITO 08 MÉDICO:DATA: 11/02/18

MANHÃ

paciente evolui mantendo quadro estabilizado. Comodato e orientado, alérgico à varas medicacionais e corantes, referindo dor no tórax por pressão médica, aceitando banho á ducha. Segue aos cuidados da enfermagem. Demais.

TARDE

paciente evolui consciente, orientada, vulgula expresso, afibril, restrito ao leito, mcpn, diurese espontânea, aceita dieta. Segue aos cuidados sue quidas no momento.

Cícera Almerina S. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN/PB 412951

NOITE

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



PREScriÇÃO MÉDICA

| | | | |
|---------------------|------|----------------|-----------|
| NOME: | ALA: | LEITO: | CONVÉNIO: |
| DIAGNÓSTICO: TRM L3 | | DATA: 17/02/18 | |

| MEDICAMENTOS | HORÁRIO |
|----------------------------|----------------|
| ① mirtazaprina | |
| ② amoxil 500 mg x 100 | |
| ③ cinnarizina 100 mg x 100 | |
| ④ Anxitil 25mg x 100 | |
| ⑤ tritumha 500 | |
| 9 Peracetamol 500 | 016817/02/2018 |

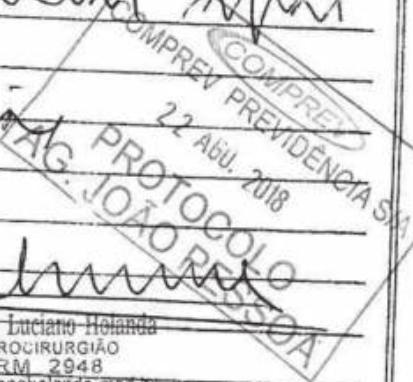
Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGÃO
CRM / 2943
www.lucianoholanda.med.br

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL VASCO DA GAMA
CUJAS DESPESAS FERAM
COBRADAS AO SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

Pronto em muito bem.
Trunca respiratória normal.
Arterias.
Gástricas. Internas.
Amy: + R/M

Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGÃO
CRM 2948
www.lucianoholanda.med.br





PREScrição MÉDICA

NOME

81A-

LEITOS

CONVENIO

DIAGNÓSTICO:

TPM

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

| | |
|-------------------------|---------|
| PACIENTE ATENDIDO PEC | SUS |
| NO HOSPITAL, ASISTENCIA | TARGINO |
| CUAS DESEASAN | TOHAM |
| COBRADAS AL SUS | |

EVOLUÇÃO MÉDICA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Ana Paula Maria de Souza

ALA:

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

| | | |
|-------|-------------------------|-------------|
| 8 2 | (1) Xil fisi hirutig. | |
| 1 | (2) Ibm fisi ml N 12/12 | 24 |
| 2 | (3) Iverm 10 N 8/8 | 24 08 |
| 3 | (4) Nupix 2e N 5 | alergico |
| 4 | (5) Voltam 1g IM 1x | 21 alergico |
| 5 | (6) Antihist 2g 10 21 | 21 |

Dr. Rafael R. Holanda
Neurologista - Neurocirurgião
CRM-PE 1291

COMPREV. PREVIDENCIA S/A
22 ABR. 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO ESS
RES 804

Evolução médica

8/2. April (não, N x de alergia
des (n. 19-15) reumática
+ deslipoproteinemia, ECG
c/ anemia,

Dr. Rafael R. Holanda
Neurologista - Neurocirurgião
CRM-PE 1291

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





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: _____

八

LEITO

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

9250 ~~laminar~~ ~~driftway~~
~~Ridge~~ ~~house~~

~~Highlander~~ COMPAQ

+ ~~anterior~~ PREVENC^{ION} & Sleep Apnea

22. ÅBU. 2018

22 ABR. 2018
Peces de V.T.F. PROTOCOLO
FAC. JOÃO PESSOA

PROTOCOL

PACIENTE ATENDIDO PELA SUA

~~NO HOSPITAL ANTônIO TABCINO~~

~~GUIAS DESPESAS TURAM~~

**DOIS EGAS FORAM
COBRADAS AO SUS**

ANS AS 305

**DOLO
ESSOA**





PREScrição MÉDICA

NOME: Rosana mcrc
ALA: Chiflyca LEITO: 68 CONVÉNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 10.02.18

| MEDICAMENTOS | HORÁRIO |
|-------------------------------|----------------------|
| DIRETO | |
| Figo Glosol | |
| VITAMINA 1031 | 86/h s/p (Auricular) |
| DILUT 40 | 12/2/pz. |
| AN | |
| Assuma | |
| 8 am | 8 h |
| ANTICOAGULANTE | |
| FORM | |
| ALUMIN | |
| Dr. Marcus Viegas da S. P. J. | |
| S | |
| E 10 FEV. 2013 | |
| P | |
| EXAME CLINICO / URGENTE | |

EVOLUÇÃO MÉDICA

meth free mother

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

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
22 AGO. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
Nº 15 FEV. 2013



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALIA: *Marcos Wagner*

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: *11/02/18*

MEDICAMENTOS

*Diclofenac 50mg 10x1000mg
Fisiofio 1000mg 10x1000mg
Nitrofurantoina 0300 06/06 10x1000mg
Aldomet 50 10x1000mg
Acetaminofeno 500 10x1000mg
SVP*

HORÁRIO

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
N
S
E 11 FEV. 2018 C
R.
CRM-RJ 000211000-745007

Evolução médica

*Sintoma clínico e tosse
e 032 jul m*

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

COMPREV PREVIDENCIAS
22 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
N
S
E 11 FEV. 2018 C
CRM-RJ 000211000-745007



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Rogério

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

metil clorotetrac
met y alumin
ösulfam dom

Dr. Marcos Wainer da C. Pinto

D

N

B

C

H

I

012 FEB. 2018

H

J

M

K

N

L

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

COMPREV PREVIDENCIAS/A
22 AGO. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Rosangela

IDADE:

ALA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 11/02/76

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente encontra-se instável
nos períodos alerjados a dispepsia
e perda de apetite, com
dor de engolir.

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

Henka/Simone S. Aruda
Técnica de Enfermagem
COREN 487.425



| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | | |
|------------------------|-----------------------------|----------|---------|
| NOME: | Eduarda Henrique de Macario | | IDADE: |
| ALA: | Myogica | LEITO 68 | MÉDICO: |

DATA: 19/09/18

MANHÃ paciente Edmíl, Macario quando esta visivelmente consciente e orientado, falando bem a dicta, humor presente e alegre. Segue aos cuidados da enfermagem. Recebeu visita hospitalar Amoroso.

TARDE

NOITE

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



| | | | |
|---------------------------------|--|--------------|--------------------|
| PACIENTE: | <i>Henry Nunes de Melo</i> | | |
| Nº DO PRONTUÁRIO: | Nº DO ATENDIMENTO: | | |
| DATA DA OPERAÇÃO: | 9/8/18 | ENFERMARIA: | LEITO: |
| OPERADOR: | <i>H. Nunes Henry</i> | | |
| 1º AUXILIAR: | <i>D. Neves</i> | 2º AUXILIAR: | <i>D. Teixeira</i> |
| 3º AUXILIAR: | | | |
| ANESTESISTA: | <i>D. Almeida</i> | | |
| TIPO DE ANESTESIA: | <i>Spinal</i> | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: | <i>Refluxo de vômito</i> | | |
| TIPO DE OPERAÇÃO: | <i>Laringotomia urgente</i> ① 4020103. | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: | <i>Transtorno de refluxo</i> ② | | |
| RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA: | <i>Intervento de vômito</i> ③ 402250. | | |
| EXAME RADIOLOGICO NO ATO: | <i>Imagem de vômito</i> ④ 40212033 | | |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: | | | |

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-SOFÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

- 1 *Abertura da pele*
- 2 *Divisão do pleura*
- 3 *Remoção do espuma*
- 4 *Platô de sangue*
- 5 *Lixação da pele*
- 6 *Costura de pele*

Dr. Rafael R. Holanda
NEUROLOGO NEUROLOGA
CRM-PB 120

22 ABR. 2018

PROTÓCOLO
PESSOA

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

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
 54 ANOS
 0110064516 Dt Coleta: 08/02/2018 - 08:34:15
 Dr(a): RAFAEL RODRIGUES HOLANDA/1291
 Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Emissão: 08/02/2018 - 12:36:53 Local: CIRURGICA



HEMOGRAMA COMPLETO



| <u>ERITROGRAMA</u> | | Valores Encontrados | | Valores de Referência | |
|--------------------------|--|---------------------|----------|-------------------------------|-------------|
| Hemácias | 4,04 | | milh/mm3 | 3.90 a 6.70 | |
| Hemoglobina | 13,0 | | g/dL | H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0 | |
| Hemató crito | 38,0 | | % | H: 41 a 55 M: 36 a 49 | |
| V.C.M. | 94,1 | | u3 | 80,0 - 98,0 | |
| H.C.M. | 32,2 | | pg | 26,0 - 32,0 | |
| C.H.C.M. | 34,2 | | g/dL | 32,0 - 36,0 | |
| RDW | 12,3 | | | 11,0 - 14,5 | |
| Série Vermelha: | Normocitose. Normocromia. | | | | |
| <u>LEUCOGRAMA</u> | | | | | |
| Leucócitos | 11354 | /mm3 | | 3800 - 10000 | |
| Bastonetes | 0 | 0 | | 0-2 | 0-500 |
| Segmentados | 90 | 10219 | | 46-67 | 1.820-6.700 |
| Eosinófilos | 1 | 114 | | 1-5 | 36-500 |
| Basófilos | 0 | 0 | | 0-2 | 0-100 |
| Linfócitos | 7 | 795 | | 20-35 | 800-3.500 |
| Linfócitos reativos | 0 | 0 | | 0-1 | 0-100 |
| Monócitos | 2 | 227 | | 2-10 | 72-1000 |
| Série Branca: | Leucocitose. Neutrofilia. | | | | |
| PLAQUETAS | 417000 | /mm3 | | 140.000 - 450.000 | |
| Série Plaquetária: | Plaquetas normais ao exame do esfregaço. | | | | |
| Metodo: AUTOMAÇÃO XT1800 | | | | | |
| Material: SANGUE TOTAL | | | | | |

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

Dra. Talita Nunes Cardoso
 FARMACÉUTICA / BIOQUÍMICA
 CRF - PB 4096

COMPREV PREVIDÊNCIA
 22 AGU. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO XXIII

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **t 83 2102.5577 t 83 2102 5555 t 83 988310102**

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------|
| UNIDADE CENTRO | UNIDADE CATÓLE | UNIDADE PRATA | UNIDADE CATINGUEIRA | UNIDADE JOÃO XXIII |
| • Rua Sáenz Peña, 1000 | Av. Virgínia Coelho, 877 | • Rua Rodrigues Alves, 1049 | • R. Severino Sáez Freire de Almeida, 17 | • Rua Nilo Peçanha, 10 - Praia |
| UNIDADE INTEGRAÇÃO | UNIDADE CRUZEIRO | UNIDADE JOSÉ PINHEIRO | UNIDADE QUEIMADAS | UNIDADE ANTÔNIO TARGINO |
| • Rua Sebastião Bittencourt, 25 | Av. Antônio Barreto, 1093 | • Rua Camarão Sales, 481 | • Rua João Barbosa Silva, 77 | • R. Belmiro Gouveia, 349 - Centro |

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Controle para Laboratórios Médicos

Control Lab

SBPC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
 Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 61

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: _____ RG: _____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi do meu médico todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: *Eliangela de macêdo nascimento*
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Campina Grande, 07 de Setembro de 2018
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

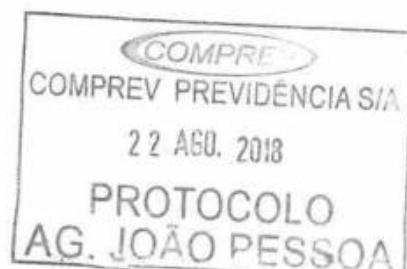
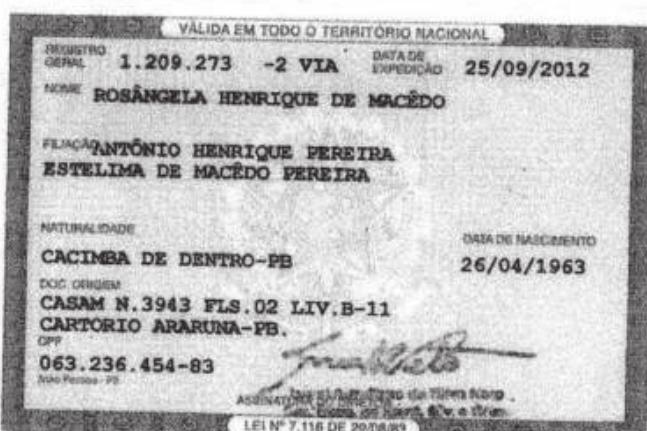
COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

22 AGO. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388398 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 3º VÉRTEBRA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA LOMBAR.

Documentos complementares:

Observações:

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 lombar da coluna vertebral | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 64

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF: 063.236.454-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

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: 03/10/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
CPF: 063.236.454-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 65

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF: 063.236.454-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

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: 09/11/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
CPF: 063.236.454-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

ADAILENTON SANTOS DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 66

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF: 063.236.454-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

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: 04/09/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
CPF: 063.236.454-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

Num. 36119777 - Pág. 67

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388398 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 3º VÉRTEBRA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA LOMBAR.

Documentos complementares:

Observações:

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 lombar da coluna vertebral | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:





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

Processo: 08000731320198150831

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 **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**, em trâmite perante este Duto 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204764100000034490101>
Número do documento: 20103015204764100000034490101

Num. 36119783 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARARUNA, 28 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204764100000034490101>
Número do documento: 20103015204764100000034490101

Num. 36119783 - Pág. 2