

2º Nome: _____
CPF: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 874.096.744-15 Nome completo da vítima: Valdir Fernandes de Souza

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

Nome completo: Valdir Fernandes de Souza CPF: 874.096.744-15
Profissão: Recupou-22 Endereço: Sit. Lute Número: 011 Complemento: _____
Bairro: Área Rural Cidade: Padre Rico Estado: PB CEP: 5827-3000
E-mail: ccf.odrs@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
Operação 001
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 313724 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
Local e Data: Padre Rico - PB, 06 de Novembro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009040 **Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA**

Data do Acidente: 22/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00321/00322 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13790223

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um membro superior e

de um membro inferior 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **VALDIR FERNANDES DE SOUZA**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **104**

Agência: **000000044**

Conta: **00000113724-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 874.096.744-15 Nome completo da vítima: Valdir Fernando de Souza

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

Nome completo: Valdir Fernando de Souza CPF: 874.096.744-15
Profissão: Recebedor de Salário Endereço: Sit. Lúcia Número: 217 Complemento: _____
Bairro: Rua Rivaldo Cidade: Fátima Regia Estado: PB CEP: 5827-3000
E-mail: cc7.ados@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ Banco do Brasil (001)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 123724 (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Fátima Regia - PB, 27 de Dezembro de 2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

261-341833622-4

18/SET/2018

HORA DF 15:41:13

OT: 13.024889-4

TERM: 059232

LOCALIDADE: PEDRO REGIS

CONTROLE: 822117588

AG. VINCULADA: 0044

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00113724-9

VALDIR F. SOUZA

VALOR

10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

261-341833622-4

1ª VIA

CAIXA Loterias

GOVERNADORIA DE PERNAMBUCO
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. SOLO PESSOA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190009040
Nome do(a) Examinado(a): Valdir Fernandes de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cuite, S/N
Area Rural Pedro Regis PB CEP: 58273-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1652196
Data local do acidente: [22/07/2018]
Data local do exame: [14/01/2019] Joao Pessoa [PB]

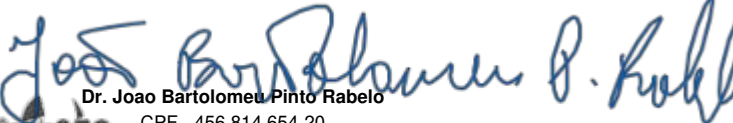
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO RAQUE MEDULAR COM PARAPARESIA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE CERVICAL POR VIA ANTERIOR. FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 21/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE ARTRODESE CERVICAL NA REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO, MARCHA COM USO DE BENGALA COM MARCHA ESCARVANTE COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA HEMIPLEGIA DIREITA COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



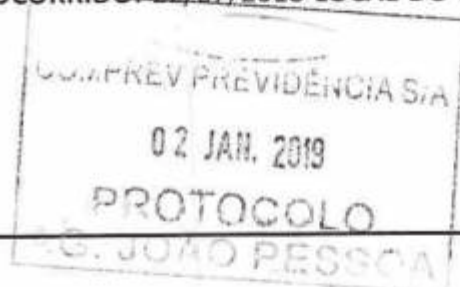
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 80/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** JACARAÚ-PB
PROFISSÃO: AGRICULTOR **DATA DE NASCIMENTO:** 25/08/1971 **IDADE:** 47 ANOS **RG:** 1.652.196 SSP/PB **CPF:** 874.096.744-15 **FILIAÇÃO:** JOÃO FERNANDES DE SOUZA E ESTELITA ADELAIDE DE MATOS **ENDEREÇO:** SÍTIO CUITÉ, S/Nº., ÁREA RURAL, PEDRO REGIS-PB. **TELEFONE:** 83-99126-0182 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** PARDO **DIA DO OCORRIDO:** 22/07/2018 **LOCAL DO FATO:** NA ESTRADA QUE LIGA LAGOA DE DENTRO-PB A PEDRO REGIS-PB.



NARRATIVA: VALDIR FERNANDES DE SOUZA AFIRMA QUE NO DIA 22/07/2018, POR VOLTA DAS 22:40H, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN DE PLACA MNL-6888/PB DE COR AZUL DE PROPRIEDADE DA SRA MARIA DA GUIA DA SILVA PELA ESTRADA QUE LIGA O MUNICÍPIO DE LAGOA DE DENTRO-PB A PEDRO REGIS-PB, NAS PROXIMIDADES DE UMA IGREJA EVANGÉLICA, CUJO NOME NÃO SABE INFORMAR, TEVE A LATERAL DA MOTO ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE NA OCASIÃO VINHA SAINDO DA IGREJA, E EM DECORRÊNCIA DESTE FATO, CAIU SOBRE O SOLO SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA O CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA NA CIDADE DE JACARAÚ-PB E POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE CHEGOU NA MADRUGADA DO DIA 23/07/2018 E TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 03:06H, CONFORME DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR ORA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 17 de agosto de 2018.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 874.096.744-15 Nome completo da vítima: Valdir Fernando de Souza

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

Nome completo: Valdir Fernando de Souza CPF: 874.096.744-15
Profissão: RECEBE-DE Endereço: Sit. Lute Número: 217 Complemento: _____
Bairro: Água Vermelha Cidade: Padre Rico Estado: PB CEP: 5827-3000
E-mail: ccf.ados@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ Banco do Brasil (001)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 123724 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Padre Rico - PB, 27 de Dezembro de 2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Fernando de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Robinson Luiz de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)
Leandro Mto

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **VALDIR FERNANDES DE SOUZA** RG 165.2196 SSP-PB e CPF 874.096.744-15, residente no Sítio Cuité, no município de Pedro Régis – PB, foi vítima acidente motociclistico, sofrendo lesões e escoriações pelo corpo, bem como, corte na região frontal da cabeça. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 22/07/2018, sendo encaminhado para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 28 de Agosto de 2018.

Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

**Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO**



MARIA DA GUIA DA SILVA
 SIT CUTE, S/N - AREA RURAL
 PEDRO REGIS / PB CEP: 58272000 (HG: 14)
 Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICA
 Roteiro: 3 - 20 - 521 - 2845 Nº medidor: 00000596030

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.985.182/0001-40 Insc. Est. 16.016.022-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 018 631 838
 Cód. para Deb. Automático: 00007584790

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RAR

Dez / 2018

06/12/2018

06/01/2019

020.638.654-74

UC (Unidade Consumidora):

Insc. Est.: 5/758479-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002
 - Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
 Reservista, apóspente-se na sua Organização local

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/18	13942	06/12/18	13960			
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Ala. Ions(R\$)	Base Calc. Po(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267880	8,03	0,63	27
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,482540	34,54	34,54	27
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	27,000	0,740300	19,99	19,99	27
0601	Adic. B. Amarela			0,88	0,88	27
0610	Quilômetro			45,86	45,86	27
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA					
0906	Devolução Subsídio			4,72	0,00	0
				-30,78	0,00	0
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL
130	Média últimos meses (kWh)	83,95 109,99
VENCIMENTO		29,89 109,89 1,19 0,48
13/12/2018		TOTAL A PAGAR
Histórico de Consumo (kWh)		R\$ 83,95

122	147	120	140	148	179	131	145	109	105	127	138
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18

5f7d.f88c.5c12.e107.ce49.4821.2cc5.8bc7

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Aprimado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,78	
DIC TRIMESTRAL	25,52	
DIC ANUAL	51,05	
FIC MENSAL	7,88	
FIC TRIMESTRAL	15,79	
FIC ANUAL	31,58	
DAC	8,09	
DCA	16,10	
	0,00	NOMINAL 220
	0,00	CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR 202
	0,00	LIMITE SUPERIOR 231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	15,20	18,10
Contribuição de Energia	21,69	25,84
Serviço de Transmissão	2,77	3,32
Encargos Setoriais	2,80	3,34
Impostos, Oribitos e Encargos	41,09	48,95
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	83,95	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$35,78

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 JUIZ DE PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



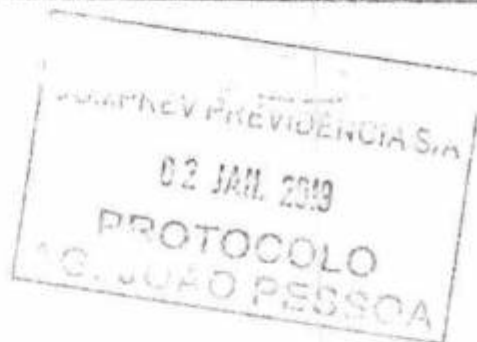
CTC RECIFE PE PLB DATA DE POSTAGEM 07/12/2018

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021191454801638536630071218

3335



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailton Luiz de Queiroz Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valdir Jermendes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 874.096.744 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Valdir Jermendes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 874.096.744 / 15 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua da Liberdade</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.cho@cpmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-3910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-988495530</u>	

João Pessoa-PB, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Adailton Luiz de Queiroz Coutinho
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Guia da Silva,
 RG nº 1.988.722, data de expedição 14 / 10 / 2009,
 Órgão SSD5-PB, portador do CPF nº 020.538.654-74,
 com Domicílio na cidade de Pedra Régia, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sit Pedro Régia,
Arua Rural nº nil, complemento, _____, declaro, sob as
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
 data _____ do _____ acidente _____ ocorrido _____ com _____ a _____ vítima
Valdir Fernandes de Souza, cujo o condutor
 era Valdir Fernandes de Souza.

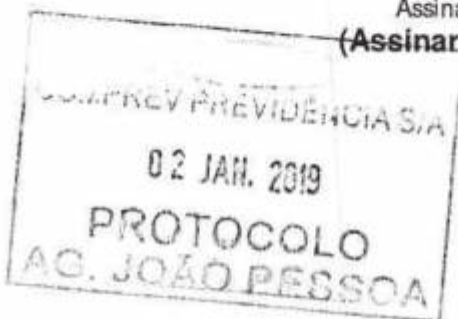
Veículo.....: motocicleta
 Ano.....: 2002
 Modelo.....: Honda / CG 125 Titan ES
 Placa.....: MNJ 6888-PB
 Chassi.....: 9C2JC30202R1 29579
 Data do acidente.: 22 de Julho de 2018

Local e data: Pedra Régia - PB, 01 de Outubro de 2018

X Maria da Guia da Silva Selo Digital nº 15511155
 Consulte autenticidade em:
 HTTFS://www.altpb.jus.br

Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
 Assinatura do CONDUCTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





ESTADO DA PARAÍBA
Prefeitura Municipal de Jacaraú
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Saúde da Família (PSF)

RECEITUÁRIO

Dr. Valdir Fernandes de Souza

Encaminhamento

Tratado há mais de 10 anos
de queixas de náusea, vômito
intermitente em episódios esporádicos
e episódicos

com episódios de náusea,
vômito e dor abdominal
em MM II, V e VI
em supinação e flexão

Medicação em uso:
omeprazol 20mg
sigatad

PA=120x80

FC=75

31/01/13

Dr. Edivaldo Guedes
Médico
CRM-RB 11084

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VALDIR FERNANDES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 25/08/71
NOME DA MÃE ESTELITA ADELAIDE DE MATOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 110050
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1096323
DATA DO ATENDIMENTO 23/07/18
HORA DO ATENDIMENTO 03:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA x CARRO
DIAGNÓSTICO (S) TRAUMATISMO INTRACRANIANO, ESPONDILOPATIA
TRAUMÁTICA
CID 10 S06.9, M48.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA PERNA E JOELHO DIREITO, CONTUSÃO E FERIMENTO NA FACE, PERNA E JOELHO DIR. ESCORIAÇÕES EM FACE, MMSS. REF. PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS E TONTURA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, BMF. NEUROCIRURGIA DIAGNOSTICA - PARAPARESIA MMII GRAU 3; AUSÊNCIA DE NÍVEL SENSITIVO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO, TC DE COLUNA DORSAL, TC DE COLUNA LOMBOSACRA. RM DE COLUNA TORACOLUMBAR

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC - NORMAIS

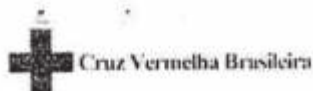
TRATAMENTO:

TRATAMENTO CONSERVADOR - MEDICADO + SUTURA DE FERIMENTO

ALTA HOSPITALAR: 14/08/18
DATA DA EMISSÃO: 31/10/18



Elivaldo Sales de Tolêdo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNE5: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1096323



Identificação do paciente						
ID 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 47 anos 2 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110050		
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Pai JOAO FERNANDES DE SOUZA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991260182	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1652196	Nº Cns 702800677574464				
Local de procedência PEDRO REGIO		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
Email	Naturalidade JACARAU	CBO/R				
Endereço						
CEP 58273000	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro CUITE			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 23/07/2018 03:06:13	Número da pulseira 1000059893331	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS						Tempo 35seg

Imprimir



GOVERNO DO PARÁ



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DO PARÁ

AV. ORESTES LIRECA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 5332186700

Bolém de Atendimento: 1098323



Identificação do paciente

ID 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 25/03/1971	Idade 48 anos 10 meses 28 dias	Estado civil Casado
Via ESTRADA ADELARDE DE MAYOS	Religão Católica	Promotor Promotor
Escolaridade	Prof. JOAO FERNANDES DE SOUZA	
DDO (Movel) 83	DDO (Movel) 803552315	Responável (Pessoa) MARIA DA SILVA - ESPOSA
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1552198	DDO Fim Fim Fim
Local de procedência JACARAÍ	Nº 37 702600677574664	UF PA
Etnia	Tipo MUNICÍPIO	
	CEARÁ	

Endereço

CEP 68273000	Endereço de residência PEDRO REGIS	Logradouro CUTER
Número 83		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 23/07/2019 09:00	Nome do paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Consultor S. 2
Localidade CURUPATI		
Classificação CURUPATI		
Detalhes da admissão ACIDENTE DE MOTOCICLETA		

Indicadores e Transportes

Carro Não	Transporte Sim	Transporte Sim
Carro Não	Transporte Sim	Transporte Sim

Sinais Vitais

Temperatura	Pulso	Pressão
-------------	-------	---------

Exames complementares

Raio X	Ultrassom	ECG	Liquor	ECG	Ultrassom
--------	-----------	-----	--------	-----	-----------

Paciente de entrada, com história de queda de moto, consequente fratura de costela, apresentando sinais vitais estáveis.

Diagnóstico

Atestado por
AURINDO QUEIROGA CARVALHO

CD

Tempo
38m46

02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
ACJ 010 PESSOA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		BAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464	Telefone de Contato (83) 993562315
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS				Prontuário
Endereço CUITER, SN		Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO		Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13		Data/Hora Prescrição 23/07/2018 10:49:32		

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 8H (COLISÃO COM CARRO), LEIXA-SE DE DOR EM PERNA D. APRESENTA EQUIMOSE EM PÁLPEBRA INFERIOR À E + FERIMENTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL E REGIÃO MENTONIANA, JÁ SUTURADOS; E OUTRO EM PERNA D, NÃO SUTURADO + ESCORIAÇÕES EM FACE, MMSS, JOELHO E. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA; VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA, NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNEÍCO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + SUTURA + CURATIVO + PRESCREVO SAT + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)
(OBSERVAÇÕES: OBSERVAR POR 2H)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

- m observação + ...

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)


AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Telefone de Contato (83) 993562315
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13		Data/Hora Prescrição 23/07/2018 13:32:23	

Anamnese
NEUROCIRURGIA:

**IDENTE MOTOCICLISTICO ONTEM À TARDE,
MANTENDO QUADRO NEUROLÓGICO.**

**AO EXAME: GLASGOW 15,
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
PARAPARESIA MMII GRAU 3 ; AUSÊNCIA DE NÍVEL SENSITIVO.**

TC CRÂNIO: Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Calota craniana sem alterações.

TC COLUNA DORSAL: Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.
Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.
Canal vertebral com diâmetros normais.

TC COLUNA LOMBOSACRA: SEM FRATURAS OU DESALINHAMENTOS

**CD.: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
PROGRAMAR RM DE COLUNA TORACOLOMBAR.**

DIETA
DIETA, VIA ORAL
MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

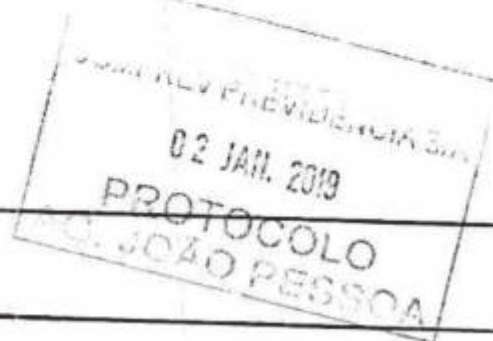
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

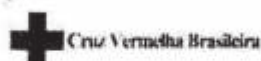
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 23/07/2018 03:06:48



**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

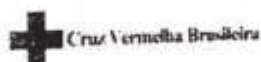
Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Telefone de Contato (83) 993562315
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	Nº Cons. Regional 10510/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Prescrição 23/07/2018 03:20:13		
Anamnese PROVINDO DA UPA DE JACARAU COM RELATO DE CHOQUE MOTO/CARRO NESTA NOITE. NEGA USO DE CAPACETE. CONTA PERDA DE CONSCIENCIA E MEMORIA AO CAIR. EM TEMPO DE QUEIXA DE PERDA DE FORÇA EM MMII POREM COM SENSIBILIDADE PRESERVADA E LOMBALGIA. CONTA INGESTÃO DE ALCOOL VIAS AEREAS PERVEAS E SEM CERVICALGIA EUPNEICO, SEM SINAL DE SNAGRAMENTO, NORMOCARDICO E NORMOPRESSORICO GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADO PRESENÇA DE LESÕES CORTO CONTUSAS EM FACE COM PRESENÇA DE SUTURA EM TODAS			
CD: TC DE COLUNA LOMBOSSACRA PARECER DA NEUROCIRURGIA OBSERVAÇÃO			
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA			
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta Em observação			

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
MÉDICO
CRM - PB 10510

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
(CRM: 10510/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

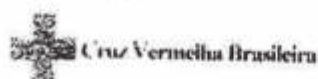
CNES: 122332

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa				
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993562315				
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS		CNS 702800677574464	Prontuário				
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB				
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB				
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13		Data/Hora Prescrição 23/07/2018 05:44:57					
Anamnese NEUROCIRURGIA TCE, COLISÃO MOTO AO EXAME: GLASGOW 15 PUPILAS ISO PARAPARESIA MMII GRAU 3 ; AUSÊNCIA DE NÍVEL SENSITIVO TC COLUNA LOMBOSACRA SEM FRATURAS OU DESALINHAMENTOS CONDUTA: TC COLUNA DORSAL TC CRÂNIO							
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL							
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S06.9</td> <td>Traumatismo intracraniano, não especificado</td> </tr> </tbody> </table>				Código	Descrição	S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado
Código	Descrição						
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado						
Conduta Em observação							

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)

PROTÓTIPO PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 11/08/2018 10:33:58

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 11/08/2018 10:33:49)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

-->> TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C(MAIS EVIDENTE NO MID)

PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTÁLGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

AO EXAME

GLASGOW 15

DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS

RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5

CD

- AGUARDANDO RM CERVICAL -->DOMINGO AS 15H

-SOLICITO RX DE COXA DIREITA

ção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgia
CRM - PB 7423



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 10/08/2018 07:21:39

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 10/08/2018 07:21:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

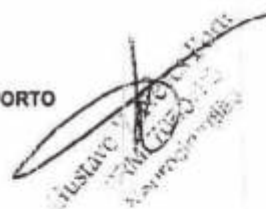
TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C(MAIS EVIDENTE NO MID)
REFERE DORSALGIA, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15

RNM COLUNA DORSAL: PROTRUSÃO DISCAL C6-C7, C7-D1, D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
RNM COLUNA LOMBAR: ABAULAMENTO DISCAL L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5

RNM DA COLUNA CERVICAL URGENTE

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650


GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
10/08/2018 07:21:16



União Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Hospital de São Paulo

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNEB: 2778696 - Tel.: 6332165700

GOVERNO
DA
CITY

Impresso por: THAISE
AGRA TEIXEIRA
Em: 09/09/2018 09:00:25

Paciente	VALDIR FERNANDES DE SOUZA			
	Número de Atendimento		Data de Entrada	
	1056323		23/07/2018 03:05:13	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
25/08/1971	46	Masculino	702800677574464	110050
Tempo de Internação	Convênio		Plantão	
	SUS		DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 09/08/2018 09:00:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-D, MAIS EVIDENTE NO MID.
REFERE DORSALGIA, AFEBRIL, CUPNEICO, GLASGOW 15

RNM COLUMA DORSAL: PROTRUSÃO DISCAL C6-C7, C7-D1, D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
TRM COLUMA LOMBO: PROTRUSÃO DISCAL L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5

RNM DA COLUMA CERVICAL URGENTE

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA

Neurocirurgia
CNPJ 08.5247
Número Conselho: 5247



Paciente		VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída
Data de nascimento		Idade	Sexo	1096323	23/07/2018 03:06:13		
25/08/1971		46	Masculino	CNS	702800677574464		Prontuário
Tempo de Internação		Convênio		SUS			110050
							Plantão
							DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 08/08/2018 10:03:14)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

16 DIAS DE INTERNAÇÃO; TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C(MAIS EVIDENTE NO MID)
REFERE DORSALGIA, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15

RNM COLUNA DORSAL: PROTRUSÃO DISCAL C6-C7, C7-D1, D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
RNM COLUNA LOMBAR: ABAULAMENTO DISCAL L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5

RNM DA COLUNA CERVICAL URGENTE

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela Informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018



Centro de Referência em Medicina



Serviço de Atendimento ao Paciente
Secretaria Municipal de Saúde

AV. ORESTES LISBOA S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2456276 - Tel: 8332165700

GOV. DO
DA PARAIBA

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 07/08/2018 18:19:01

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 07/08/2018 18:18:44)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

15 DIAS DE INTERNAÇÃO: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL E LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Bom Pastor - Curitiba - Paraná

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 8332165700



Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
E-mail: mauro.guerra@parana.gov.br

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 06/08/2018 14:00:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

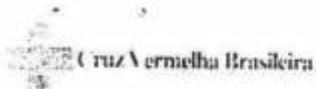
*****NEUROCIRURGIA*****

14 DIAS DE INTERNAÇÃO: TRAIACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA C
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL E LOMBAR

Sigla: AREA LARANJA - UDU 0 - Lento: LENTO EXTRA 06
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Numero Conselho: 6018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: RICARDO
RODRIGUES DE CARVALHO
Em: 05/08/2018 16:41:41

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464	Prontuário 110050
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO - 05/08/2018 16:41:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

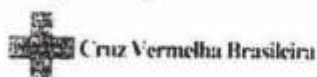
13 DIAS DE INTERNAÇÃO; TRM COM PARAPARESIA CRURAL
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

Número Conselho: 6628

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM 6028





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 03/08/2018 11:11:59

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464	Prontuário 110050
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 03/08/2018 11:11:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

PARAPARESIA CRURAL --> EM MELHORA
TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N

TC COLUNA LOMBAR:Osteófitos marginais anteriores em todos os corpos vertebrais lombares e posteriores em L3 e L4.

Redução do espaço discal L3 L4 com esclerose dos platôs adjacentes.

Irregularidade dos platôs inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

TC COLUNA DORSAL:Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D/E,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.
DESMAME DE SVD

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela Informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Número Conselho: 7030

Dr. Lavoisier Feitoso Neto
Neurointervencionista Emergente
Neurocirurgia CRM-PB 7030



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 03/08/2018 11:16:24

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 03/08/2018 11:11:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL

PARAPARESIA CRURAL -> EM MELHORA
TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N

TC COLUNA LOMBAR:Osteófitos marginais anteriores em todos os corpos vertebrais lombares e posteriores em L3 e L4.

Redução do espaço discal L3 L4 com esclerose dos platôs adjacentes.

Irregularidade dos platôs inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

TC COLUNA DORSAL:Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

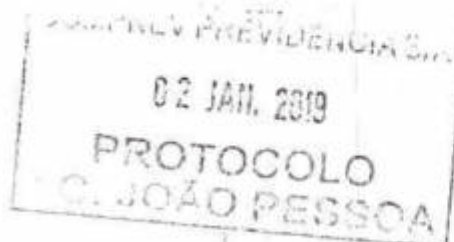
Canal vertebral com diâmetros normais.

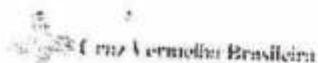
Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D/E,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.
DESMAME DE SVDDr. Lavoisier Feitoso Neto
Neurointervencionista Endovascular
Neurocirurgião CRM-PB 7030Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

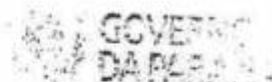
Número Conselho: 7030





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:



Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 31/07/2018 09:22:29

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 22/07/2018 05:05:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574484
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 31/07/2018 09:22:29)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

PARAPARESIA CRURAL --> EM MELHORA
TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N

AO EXAME: GLASGOW 15. PARAPARESIA CRURAL ASIA-D. AFEBRIL. EUPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD: AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR A SER REALIZADA HOJE

Sessão: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Assinatura: [Assinatura]

Daniel Ronconi
Nº 1221



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucasAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332166700GOVERNO
DO
PARANÁImpresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 30/07/2018 16:07:35

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 30/07/2018 16:07:16)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D.AFEBRIL,EUPNEICO.HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

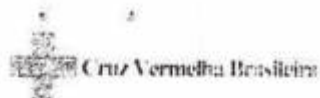
CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05

Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6015





Hospital Espírito Santo de São Carlos
Serviço de Atendimento

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: J. JOTA
NOTOR NEVES PORTO
Em: 28/07/2018 10:37:56

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23.07/2018 08:13:10	Data Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 73280057576484
Tempo de Internação	Convênio SUS		

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 28/07/2018 10:37:56)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.M.)

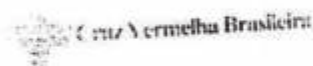
AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D.AFEBRILEURNEICO HEMICO-FUNICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05

Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

GOVERNO
DA PARAIBA

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 28/07/2018 10:38:10

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 28/07/2018 10:37:58)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

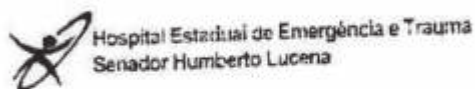
CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
28/07/2018 10:38:10

PROTÓTIPO PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
S. JOÃO PESSOA



INTERNO, S/N -
CNES: 454551 - Tel.:



Impresso por: THAISE
AGRA TEIXEIRA
Em: 26/07/2018 09:06:09

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 26/07/2018 09:05:14)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

.CR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

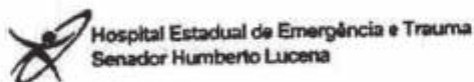
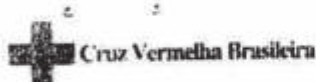
AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA

Número Conselho: 5247





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 25/07/2018 12:48:04

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 25/07/2018 12:47:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

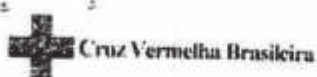
AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela Informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 24/07/2018 11:37:19

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 24/07/2018 11:37:08)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

VCR

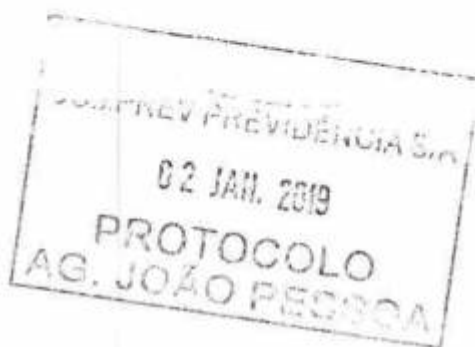
TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831452029

Paciente: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data Nasc: 25/08/1971 - 46 anos

Data Exame: 23/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Discreto hematoma subgaleal frontal a esquerda.
Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Calota craniana sem alterações.
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 23/07/2018 09:22.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831452029

Data Nasc: 25/08/1971 - 46 anos

Paciente: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data Exame: 23/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

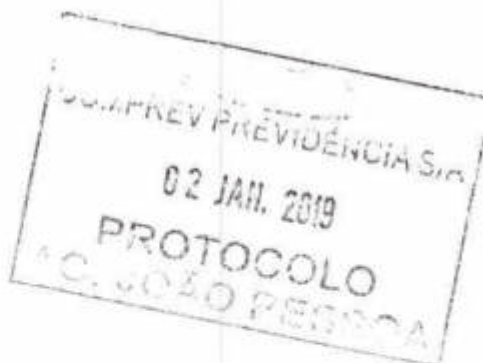
Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

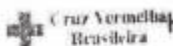
Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 23/07/2018 09:25.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA .NADOR H

Data: 12/08/18 08:57
Usuário: TOMAS CATAO
Boleim 1096323

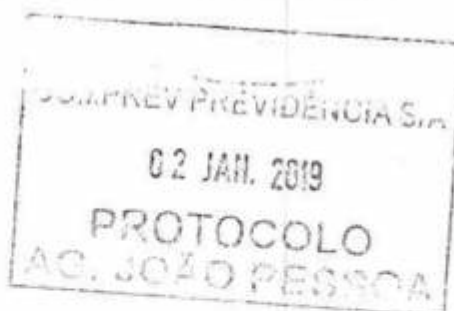

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46a 11m 18d	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Profissional	110050	Data Prescrição	12/08/2018 08:57:29
Motivo do Afastamento	Enfermarias / Leito		POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA		Validade da Prescrição								
Convenio	SUS		Matrícula		Senha								

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 OETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	28/08/18
3 DIPIRONA 100 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		60H	23/05/18
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		60H	21/05/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05/18
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	11/18
7 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	23/11/18
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HGT B/B/B	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Tomas Catão Monte Raso
Neurologista
CRM 7742
Assinatura e Carimbo do Profissional
12 de Agosto de 2018



Data: 11/08/18 10:44
 Usuario: DANIEL
 Boletim 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 17d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 11/08/2018 10:34:55
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA		Validade da Prescrição 11/08/2018 17:00:00 - 12/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

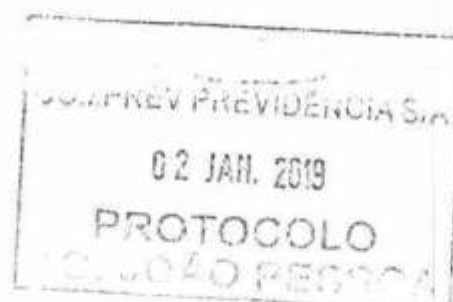
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Freq.	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	1X 2/3 0/5 1/1
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		88H	1X 2/3 0/5 1/1
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		88H	2/3 0/5 1/1
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	0/5
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	1/1
7 RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	2/3 0/5 1/1
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HGT BUBBS	0.0						2/3 0/5 1/1
9 AFERR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

11 de Agosto de 2018

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
 CRM: 7423

Dr. Daniel Ronconi
 Neuropsiquiatria
 CRM: 7423

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 10/08/18 07:22

Usuário: GUSTAVO

Bolém: 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 16d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 10/08/2018 07:22:34
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA	Validade da Prescrição 10/08/2018 17:00:00 - 11/08/2018 17:00:00				
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	2x 250ml
3 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		66H	1x 250ml
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		66H	2x 250ml
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	1x
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	1x
7 RANITIDINA	2.0	ML		E.V.		12/12H	2x 1x
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HGT 8/8HS	0.0						1x
9 AFERIR PA E FC	0.0						1x

10 de Agosto de 2018

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650

Dr. Zeno Lins de Azevedo
Colaborador Médico

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 14/08/18 09:29

Usuário: FERNANDO

Boletim 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

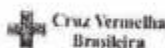
Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 20d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 14/08/2018 08:29:33
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA		Validade da Prescrição 14/08/2018 17:00:00 - 15/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	
7 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 ROT 8/8H	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL
CRM: 8267

Dr. Fernando R. Gondim C. de Vasconcelos
NEUROCIRURGIA
CRM - PB 9267
Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 14/08/18 09:29

Usuário: FERNANDO

Bolém 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46a 11m 20d	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prontuário	110050	Data Prescrição	14/08/2018 09:29:33
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Convenio	POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA												
SUS	Validade da Prescrição 14/08/2018 17:00:00 - 15/08/2018 17:00:00												
Matrícula						Senha							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		6/6H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	
7 RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HQT 8/8HS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL
CRM: 8267

Dr. Fernando R. Gondim C. de Vasconcelos
NEUROCIRURGO
CRM - PB 9267

Assinatura: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL



Unidade Acadêmica
Enfermagem

HOSPITAL ESTADUAL

EMERGENCIA E TRAUMATISMO

ADULTO

Data: 08/01/2019
Unidade: TRIAGEM
Bateria: 1010325



PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/01

André B

Nome	ALDIR FERNANDES DE SOUZA			Data de Nascimento	25/08/1971	Idade	46a 11m 15d	Sexo	M	Nº	1098323	Nº Profissional	110050	Data Prescrição	09/08/2018 17:00:00
Endereço				Endereço / Lote	AREA LARANJA - UDC B / LEI 10.247					Idade da Prescrição		10/01/2018 17:00:00 - 10/08/2018 17:00:00			
Matrícula										Senha					

Admitido na enfermaria às 18:06h

Nome do medicamento	Dose	Intervalo	Modo de Uso	Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	0.1					
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	0.1-1.0	1x			24H	1x 24h
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
4 ONDANSETRONA	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
5 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
6 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
7 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
8 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
9 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
10 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
11 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
12 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
13 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
14 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
15 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
16 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
17 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
18 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
19 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h
20 DIFENHIDRAMINA 1% (FRASCO 100ML)	0.1-0.5	1x			08H	1x 08h

THAISE AGRA TEIXEIRA
CRM: 5247

Walter Carlos G. Andrade
COREN-PE-04081-EM

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTÓTIPO PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 23/07/18 13:32

Usuário: LEONARDO

Bolém 1096323 -



Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário	Data Prescrição 23/07/2018 13:32:23
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 23/07/2018 13:32:00 - 24/07/2018 13:32:00		Matrícula	
Convênio SUS					Senha	

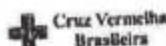
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML					
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		B/H	17 23 05/18
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		B/H	17 23 05/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM SOLVENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	17 23 05/18
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	17 23 05/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 TRAMADOL 50MG 7ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100.0	MG		E.V.		12/12H	17 23 05/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
8 BSVV + CCGG	0.0						
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
CRM: 6028

Assinatura e Carimbo do Profissional

23 de Julho de 2018





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SÉRIADOR H

Data:	23/07/18 10:49
Usuário:	ANA VIRGINIA
Boleim	1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/06/1971	46a 10m 28d	MASCULINO	1096323		23/07/2018 10:48:32
Motivo do Atendimento	Enfermeiro / Leito		Validade da Prescrição			
			23/07/2018 10:48:00 - 24/07/2018 10:48:00			
Convênio	Matrícula			Senha		
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pós	Aprezamento
1 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 3ML)	1.0	ML	Observação: OBSERVAR POR 2H	INTRAMUSCULAR		AGORA	

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

Ana Virginia L. da Costa
Assinatura e Carimbo do Profissional

23 de Julho de 2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		26/08/1971		46a 11m 14d	MASCULINO	1096322	110050	08/08/2018 10:06:00
Motivo do Atestado		Informar o Local				Validade de Prescrição		
Convênio		ÁREA LARANJA - UDC B / I EITO EXTRA 1-5				08/08/2018 17:00:00 - 09/08/2018 17:00:00		
SUS		Matrícula				Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	P:	Aproximado
1 DIET.	0.0			ORAL			01
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECA 3.30 (FRASCO)	2000.0	ML		EV.		24H	15 25 32 40
3 DIFENIDRAMINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV.		06H	14 23 05 11
4 DIFENIDRAMINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML		EV.		06H	14 23 05 11
5 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	4.0	ML		EV.		06H	14 23 05 11
6 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		EV.		06H	14 23 05 11
7 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
8 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
9 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
10 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
11 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
12 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
13 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
14 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
15 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
16 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
17 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
18 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
19 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05
20 UREIA 1000 40MG INJETAVEL COM DELO 1.15	40.0	ML		EV.		X AO DIA	05

08 de Agosto de 2014

MAU: FIVE FREITAS LUIZ RA TERRA
CIM. 6011

Priscilla Patrício da Amorim
COREN PB 612.465 ENF

Assinatura e Carimbo do Profissional

02 JAN. 2019
PROTOCOLO
S. JOAO PESSOA

Cidade Verônica
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 07/08/2018 18:20

Usuário: MAURO DE

Bleim 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

B

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 13d	MASCULINO	1096323	110050	07/08/2018 18:20:44
Ativo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Idade da Prescrição				
	AREA LARANJA - UCC B / LEITO EXTRA 05	08/08/2018 17:00:00 - 09/08/2018 17:00:00				
Convênio	Metricula	Senha				
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	2,0			ORAL			ATENÇÃO
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	300,0	ML				24H	4500
3 DIFERONA 300 MG/ML (AMPOLA 2ML)	3,3	ML		EV.		BSH	23 08 11
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 ONDANSETRONA	1,2	ML		EV		BSH	04 08
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40,0	ML		EV		1X AO DIA	05
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40,0	ML		SC		1X AO DIA	21
7 HOT 2000	2,0						
8 AFERIR PA E FC	2,0						

07 de Agosto de 2018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

TERMINADO
25/08/2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 06/08/2018 14:02
Atendente: MAURO D.
Idade: 46
Sexo: M
Nº: 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prontuário	110050	Idade	46	Sexo	M
Motivo do Atendimento	Enfermidade / Lesão		ÁREA LARATUA - UCC		LEITO E		TRA 05		Validade da Prescrição		06/08/2018 17:00:00 - 07/08/2018 17:00:00				
Convênio	SUS														

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0,0			ORAL			0,0
2 SOLUÇÃO DE RINGER LAUTAT 5 SISTEMA FECHADO /FRASCO	2.300	ML		E.V.		24H	10/23 23/42
3 DIFIRONA 500 MG/ML (FRASCO 250 ML)	7,0	ML		E.V.		6/8H	14/23 06/11
Diluir em AGUA DEITADA	100,0	ML					
4 ONDANSETRONA	4,0	ML		E.V.		6/8H	14/23 06/09
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100 ML)	100,0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJET/VEL COM DILUENTE	10,0	MG		E.V.		1X AO DIA	0,05
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML ML SERINGA PREENCHIDA	10,0	MG		S.C.		1X AO DIA	0,1
7 HOT BISBIS	0,0						
8 APERIR PA E FC	0,0						

MAURO DE FREITAS GUILHERME
CRM: 0018

Prescrição Médica
COREN

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROVIDENCIADO
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
SOLDO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 05/08/18 16:43
Usuário: RICARDO
Boletim 1096323


Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 11d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prioritário 110050	Data Prescrição 05/08/2018 16:43:12
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito			Validade da Prescrição		
Convenio SUS	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05			06/08/2018 17:00:00 - 07/08/2018 17:00:00		
Metrícula				Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	0.0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	2000.0	ML		ORAL			pronto
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação se dor /	E.V.		24H	10 10 30 40
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/8H	S/N
4 Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		6/8H	2/3 05 11
5 ONDANSETRONA	4.0	ML				6/8H	2/3 05 11
5 Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		6/8H	2/3 05 11
6 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM SOLVENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	2/3 05 11
7 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	2/3 05 11
8 SSVV + CCGG	0.0						2/3 05 11
9 HGT 8/8H	0.0						2/3 05 11
10 AFERIR PA E FC	0.0						2/3 05 11

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
CRM: 6628

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
Neurocirurgião
CRM: 6628

Duvidex 1200 ml 0,5%

05 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



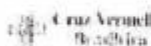
Nome do paciente		Data de nascimento		Sexo		Idade		Data de entrada		Data de saída	
[Nome do paciente]		[Data de nascimento]		[Sexo]		[Idade]		[Data de entrada]		[Data de saída]	
Endereço		Cidade		Estado		País		Data de registro		Data de cancelamento	
[Endereço]		[Cidade]		[Estado]		[País]		[Data de registro]		[Data de cancelamento]	

Nome do paciente	Sexo	Idade	Origem de infecção	Via de acesso	Vacinação	Peso	Acompanhamento
[Nome do paciente]	[Sexo]	[Idade]	[Origem de infecção]	[Via de acesso]	[Vacinação]	[Peso]	[Acompanhamento]

RECEBUEMOS DO PACIENTE
O CARIÓTIPO DO CROMOSSOMO
X Y
DATA DE RECEBIMENTO
02/01/2019

Walter Costa G. Araújo
COORDENADOR GERAL

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA S.M.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
1040 PESSOA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA JENADOR H

Data: 04/08/18 17:58

Usuário: ERICKSON

Bolém: 109637



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição				
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46y 11m 10d	MASCULINO	1096323	110010	04/08/2018 17:00:00				
Motivo da Prescrição	Enfermidade / Lesão	Validade da Prescrição								
	ARFA LAFANIA - UDC H / LEITO EXTRA 05	04/08/2018 17:00:00 - 05/08/2018 17:00:00								
Comando	Medicação	Benéfico								
ALUS										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezimento
1. AMICLA	500			ORAL			1000 mg
2. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
3. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
4. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
5. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
6. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
7. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
8. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
9. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg
10. SOLUÇÃO DE LINDER LACTATO DE TIEMA	1000.0	ML		I.V.			1000 mg

04 de Agosto de 2018

LEONILSON LOPES DE MORAES
CRM: 4006

Firmado
51027

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROTÓTIPO PREVIDENCIÁRIO
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
150 PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 45a 11m 9d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 03/08/2018 11:12:50
Motivo do Apendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC 9 / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 03/08/2018 17:00:00 - 04/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Sentença			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO BISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIPIRONA 555 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6SH	
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6SH	
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOKAPARINA 500ICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	
7 SSVV + CCGG	0.0						
8 HGT 8/8HS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

03 de Agosto de 2018

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
CRM: 7030

Priscilla Pereira do Araújo
COREN PB 812 405 ENF

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Neurologista Endovascular
Neurocirurgia CRM-PB 7030

Assinatura e Carimbo do Profissional



Date: 02/08/18 10:00

Unvendedor: THAISE AGRA

Boleim	1096323
--------	---------



PREScrição Médica

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Pontuação	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		25/08/1971	46a 11m 8d	MASCULINO	1096323	110050	02/08/2018 10:00:42
Motivo do Atendimento		Informante / Lado		Validade da Prescrição			
TRM		AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		02/08/2018 17:00:00 - 03/08/2018 17:00:00			
Convênio			Matrícula		Senha		
SUS							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------

[illegible]

Reverend Sir

02 JAN. 2013
PROTOCOLO

Data: 01/08/18 10:26

Usuario: JOSE LAVOISIER

Boletim	1098323
---------	---------



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA														
Nome			Data de		Idade		Sexo		Nº Prontuário		Data Prescrição			
VALDIR FERNANDES DE SOUZA			25/06/1971		46a 11m 7d		MASCULINO		1098323		110050		01/08/2018 10:28:52	
Motivo do Atendimento			Etiologia / Lado						Validade da Prescrição					
			ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05						01/08/2018 17:00:00 - 02/08/2018 17:00:00					
Convênio			Matrícula				Senha							
SUS														

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Frequ. Int.	Pos	Aprezamento
1. DIETA				ORAL			ATENÇÃO
2. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV	2x 2x	3h 3h	3x 20 4:500
3. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
4. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
5. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
6. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
7. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
8. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
9. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
10. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
11. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
12. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
13. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
14. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
15. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
16. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
17. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
18. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
19. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
20. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
21. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
22. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
23. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
24. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
25. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
26. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
27. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
28. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
29. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
30. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
31. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
32. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
33. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
34. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
35. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
36. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
37. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0	ML		CV		6H	3x 20 05:15
38. DOLODOL 100. RINGER LACTATO SUSTEMATO (ELCHADOL 100)	2000.0						

~~for EDWARD
354.527-PB~~

— *Journal of the American Medical Association*

02 JAN. 2019
PROTOCOLO

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENAL R H

Data: 31/07/18 09:23

Usuário: DANIEL

Brasão: 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prescrição	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 0d	MASCULINO	1096323	110050	31/07/2018 09:23:25
Sócio do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
	ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		31/07/2018 17:00:00 - 01/08/2018 17:00:00			
Convênio	Matrícula		Senha			
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			01
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	25 32 36
3 DIPYRONA 546 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		5/6H	24 03 09 15
Drupen ÁGUA DESTILADA	50.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		0/8H	24 05 13
Dilutran SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMPRAZOL 40MG INJETÁVEL COM SOLVENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
6 D3VV + CCGH	0.0		031 1051		1891		
7 HGT 600IN	0.0		031 1051		1891		
8 APRENTA 11 PG	0.0		031 1051		1891		

31 de julho de 2018

DANIEL FERNANDES DE SOUZA
CRM 7423

Daniel Ronconi
CRM 7423

Priscila Rocio de Amorim
COREN PB 512 41

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUM. SEN. DOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 30/07/18 16:00
 Unidade: MAURO DE
 Bolém: 1096323


Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46a 11m 5d	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prontuário	110050	Data Prescrição	30/07/2018 16:00:31
Motivo do Atendimento	Coluna 7 / 1.º		ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição		31/07/2018 17:00:00 - 01/08/2018 17:00:00		Senha				
Governio	SUS		Matrícula										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0.0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FRASCO	2000.0	ML		ORAL			12h
3 DIPLONA SÓLIDICA (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		E.V.		24h	12h 24h 36h 48h
4 DILUIÇÃO	10.0	ML		E.V.		8/8h	12h 24h 36h 48h
5 ONDANETRONA	4.0	ML		E.V.		8/8h	12h 24h 36h 48h
6 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		8/8h	12h 24h 36h 48h
7 OMEPRAZOL 40MG BULAPRO COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		8/8h	12h 24h 36h 48h
8 SEVY e co (a)	0.0			E.V.		8/8h	12h 24h 36h 48h
9 UO) 0.0	0.0						
10 AMERIPALIC	0.0						

INDICAR O NOME DO MEDICAMENTO

Priscilla Rambo de Araújo
 COREN RJ 512 405 ENF

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREVIDÊNCIA S/A
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 NÃO PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 4d	MASCULINO	1096323	110050	29/07/2018 10:49:41
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05	29/07/2018 17:00:00 - 30/07/2018 17:00:00				
Convênio	Matrícula	Senha				
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	Q.D.			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO / FRASCO	2000.0	ML		E.V.		24H	17 28:34
3 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		66H	17 28:34
4 ONDANSITRONA	4.0	ML		E.V.		88H	17 01:09
5 GABAPENTINA 300MG (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		1X AO DIA	05
6 DIETILPÍRAZOL	0.0						030
7 DIETILPÍRAZOL	0.0						030
8 DIETILPÍRAZOL	0.0						030

23 de Julho de 2018

ELABORADO POR: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional
COREN-PB 484.130

PREV PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
SOLUÇÃO REGISTRO

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMATOLÓGICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 28/07/18 10:40
 Usuário: MAURO DE
 Bolém: 1096323


Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 3d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 28/07/2018 10:40:07
Motivo do Atendimento	Enfermidade / Leito		Validade da Prescrição			
Convênio SUS	ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		28/07/2018 17:00:00 - 29/07/2018 17:00:00			
Matrícula			Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
1 DIETA	0.0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		ORAL			
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		24H	1A 02 3:4
Diluir em: ÁGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		8/8H	1A 03 00 11
4 ONDANSETRONA	4.0	ML					
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		8/8H	1A 01 09
5 OMEPRAZOL 40MG INJETÁVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	01
6 SSVV + CCGG	0.0						
7 HOT 1000	0.0						
8 AFERIR PA ETC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUEFHA TERRA
 CRM 6018

Rita de Cássia A. da Silva
 Enfermeira
 COREN-PB 484.130

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREVIDÊNCIA S/A
 02 JAN. 2013
 PROTOCOLO
 MAURO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Estado	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VIAI EMPERMANO DE SOUZA	24/06/1971	40a - 44m 30s	MASCULINO	1090323	110045	27/07/2010 10:17:45

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	veic. ml.	Pos	Aproximado
1 DIETA	2.0			ORAL			08/12/12/14/16/18/20/22/24/06
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
3 DIFENHIDRAMINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/8H	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
Diluir em: ÁGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		6/8H	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6/8H	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		6/8H	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
5 CIBEPROFOL 40MG (AMPULA) 100ML DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1x AO DIA	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
6 SSVV - CCGG	0.0						1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
7 HGT BHS	0.0						1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06
8 ALLUMINUM P.F.C.	0.0						1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-06

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 2010

Atendimento: 1500 ml de diálise
1x dia: 60 ml de diálise

Dr. Mauro Guerra
Assessoria e Coordenação de Prontuário

COPIA PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2013
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Data: 26/07/18 0
Usuário: THAISE AGRA
Bolin: 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 1d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 26/07/2018 09:04:34
Motivo do Atendimento	Enfermeira / Leito		Validade da Prescrição			
Convenio SUS	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		26/07/2018 17:00:00 - 27/07/2018 17:00:00			
Matrícula			Senha			

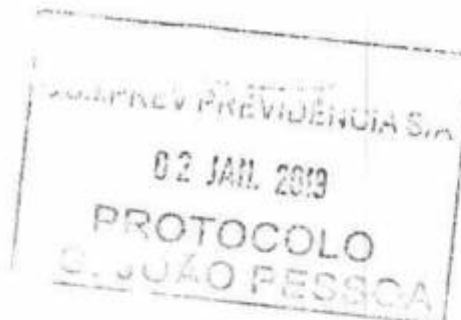
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIPHONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		6/8H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		6/8H	
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		8/8H	
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		12/12H	
7 BSVV + CCGG	0.0						
8 HGT BHS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

26 de Julho de 2018

THAISE AGRA TEIXEIRA
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional

*Dr. Aguiar 100 ml
(ampulheta)*



Data: 25/07/18 12:48
 Usuário: MAURO DE
 Boleim 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/06/1971	Idade 46e 11m	Sexo MASCULINO	NP 1096323	Nº Profissional 110050	Data Prescrição 25/07/2018 12:48:48
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
Convenio SUS	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		25/07/2018 17:00:00 - 26/07/2018 17:00:00			
Matricula			Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 CUPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		66H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		66H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 SSVV + CCGG	0.0						
8 HGT BHS	0.0						
9 AFERR PA EFC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
 CRM: 5018

25 de Julho de 2018

Priscilla Patício de Araújo
 COREN 12405 FMT

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREVIDENCIA S/N
 02 JUL 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

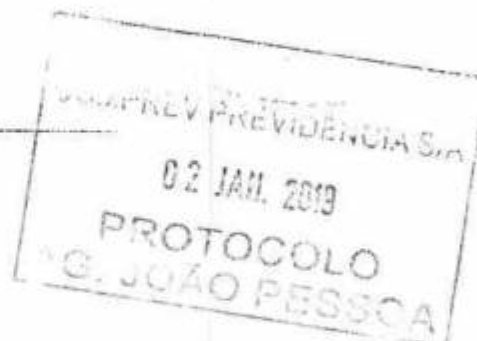
Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/06/1971	Idade 46a 10m 29d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 24/07/2018 11:39:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 24/07/2018 17:00:00 - 25/07/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	Cinto
3 DIPIRONA 385 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		88H	1x 2x 3x 4x
Diul em: AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		88H	1x 2x 05 11
4 ORDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		88H	1x 01 09
Diul em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		88H	1x 01 09
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	1x 05
Diul em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		12/12H	1x 05
7 SSVV + CCGG	0.0						
8 HQT B9HB	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

DIETA 50 ml 05

Assinatura e Carimbo do Profissional





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



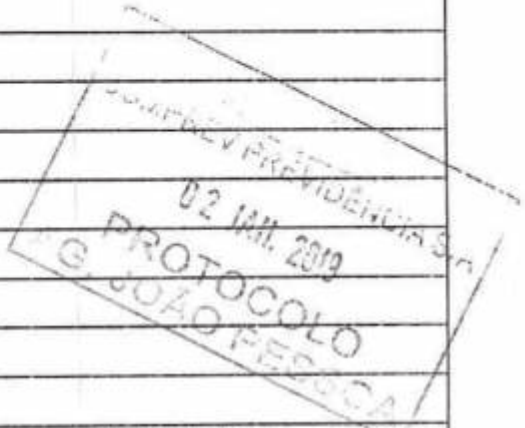
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VALDIR FERNANDES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	25/08/71
NOME DA MÃE	ESTELITA ADELAIDE DE MATOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.050
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.102.789
DATA DO ATENDIMENTO	21/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	PNEUMONIA BACTERIANA
CID 10	J15.8



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente de Pedro Regis, com relato de que esteve internado nesse Hospital (internado em 23/07/18 e alta em 14/08/18), por acidente de motocicleta, com evolução tardia com monoparesia crural. Retorna com confusão mental, e que apresentou quadro de desorientação. Pupilas isocóricas e fotorragentes. Glasgow 15. Abdomen sem queixas, conciente e orientado. Evoluiu com quadro de pneumonia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

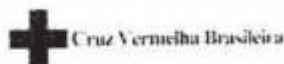
TRATAMENTO:

Tratamento clínico.

ALTA HOSPITALAR:	28/08/18
DATA DA EMISSÃO:	22/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lutena

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 811 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1102789



Identificação do paciente

D 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 25/09/1971	Idade 46 anos 11 meses 27 dias	Estado civil Religião
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS	Pai JOAO FERNANDES DE SOUZA	Prontuário 110050
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DA GUIA DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991260182	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1662196	Nº Cns 702800677574464
Local de procedência PEDRO REGIO	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JACARAU	CBO/R

Endereço

CEP 58273000	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro CUITER
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
21/08/2018 00:06:44	1000006100536	SUS

Especialidade CIRURGIA GERAL Classificação de risco	Clinica Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
--	--

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg Pulso Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Dados clínicos

Paciente trazido de outra Instituição com quadro de desorientação, em uso O₂ ambiente, SVD, desorientado. — 4 —

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Tempo
26sec

Imprimer

GOURNEV PŘEVÍDĚNÍ S...

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

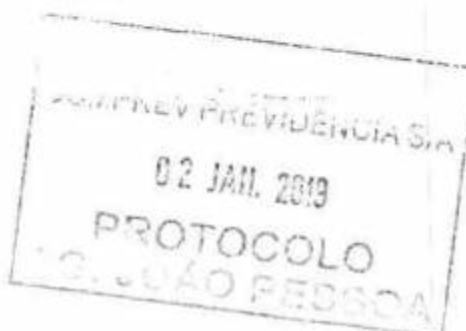
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		BAE 1102789	Data/Hora Entrada 21/08/2018 00:06:44	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 11m 27d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464	Telefone de Contato (83) 991200182
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS				Pronúncia 110050
Endereço CUITER, SN		Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ORLANDO RODRIGUES SANTOS	Nº Cons. Regional 1267/PB	
Data/Hora Classificação 21/08/2018 00:06:44			Data/Hora Prescrição 21/08/2018 00:31:44	
Anamnese paciente procedente de Pedro Regis, com desorientação, movimenta os 4 membros, relata que esteve internado nesse hospital por acidente de motocicleta, e há 6 h apresentou desorientação: pa=120x70mmhg hgt= 124mg/dl				
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO				
CID10				
Código	Descrição			
I84	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico			
Conduta Em observação				

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

ORLANDO RODRIGUES SANTOS
(CRM: 1267/PB)

21/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=367501&pesquisa=S&pe



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

for

Coletor
GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1102789	Data/Hora Entrada 21/08/2018 00:06:44	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 11m 27d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Telefone de Contato (83) 991260182
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 00:06:44		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 01:24:39	

Anamnese

NCR

ACIENTE COM RELATO DE TER DADO ENTRADA NESTE HOSPITAL DIA 23/07 DEVIDO A ACIDENTE MOTOCICLISTICO E EVOLUÇÃO TARDIA COM MONOPARESIA CRURAL QUE SE RESOLVEU PARCIALMENTE. RECEBEU ALTA DIA 14/08. HOJE RETORNA COM RELATO DE HÁ 6 HORAS TER APRESENTADO CONFUSÃO MENTAL E DESORIENTAÇÃO.

AO EXAME

AO=4 RV=3 RM=5

PUPILAS ISOCORICA E FOTORREATIVAS

MOBILIZA OS 4 MEMBROS

TC DE CRANIO - ARTEFATOS DE MOVIMENTO - NÃO IDENTIFICO ALTERAÇÕES

HD. CONFUSAO MENTAL A ESCLARECER

CD.

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS.

REAVALIAÇÃO CLINICA MEDICA QUANDO EXAMES PRONTOS

ACOMPANHAMENTO NCR - AVALIAR NOVA TCC EM 12 HORAS

Daniel Ronconi
Neurologista
RM 41119**EXAME LABORATORIAL**

MOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

UREIA - SORO

POTASSIO

SODIO - SORO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

MAGNESIO

BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES

GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GAMA - GT)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

LACTATO

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 21/08/2018 00:07:10

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
02 JAN 2019
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Valdir Fernandes de Souza	Data de	25/08/1971	Idade	47a 2d	Sexo	MASCULINO	Nº	1102789	Nº Prontuário	110050	Data Prescrição	27/08/2018 11:59:22
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		ÁREA LARANJA - UDC B / 0004					Validade da Prescrição					27/08/2018 17:00:00 - 28/08/2018 17:00:00
Convenio	SUS	Matrícula								Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V.		24H	
3 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4.0	ML		E.V.		66H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
4 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
5 DIPYRONE 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.		66H	
6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30.0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	
7 HEPARINA SODICA 5.000U/0.25ML (AMPOLA 0.25 A 0.35ML) - ALTO RISCO	0.2	ML		S.C.		12/12H	
8 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0.0						
9 HGT 6/6HS	0.0						
10 AFERIR PA E FC	0.0						
11 III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0.0		Observação: AGUA FILTRADA 100ML VO 6/6H				
12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0.0						

27 de Agosto de 2018

KATIA XAVIER DUARTE SARDENBERG
 CRM: 6548

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREVIDENCIA S.A.
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 C. JOÃO PESSCA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	47a 1d	MASCULINO	1102789	110050	26/08/2018 17:05:07
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
	AREA LARANJA - UDC B / 0004		27/08/2018 17:00:00 - 29/08/2018 17:00:00			
Convenio	Matrícula		Senha			
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			2
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	2
3 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		8/8H	2
Diluiram SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					2
4 CEFEPIMA 1G (FRASCO/AMPOLA)	1000,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML SF0,9%	E.V.		8/8H	2
5 RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	2
6 DIFENOXATO 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		8/8H	2
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	2
8 HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		S.C.		12/12H	2
9 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,0						2
10 HGT 8/8H	0,0						2
11 AFERIR PA E FC	0,0						2
12 III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: AGUA FILTRADA 100ML VO 8/8H				2
13 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						2

26 de Agosto de 2018

JOELMA PEDRO DA SILVA
CRM: 10222

Assinatura e Carimbo do Profissional

GOV. PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA



PREScrição Médica

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 47a	Sexo MASCULINO	NP 1102789	Nº Prescrição 110050	Data Prescrição 25/08/2018 09:58:48
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / 0004		Validade da Prescrição 25/08/2018 17:00:00 - 25/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			ATENÇÃO
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.	300/10	24H	25/08
3 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H	11/08/2018
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4 CEFEPIMA 1G (FRASCO/AMPOLA)	1000,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML SF0,9%	E.V.		8/8H	11/08/2018
5 RANTIDONA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	11/08/2018
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	11/08/2018
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	CTT
8 REPARINA SÓDICA 1.000UVO 25ML (AMPOLA 9,25 A 0,36ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		S.C.		12/12H	11/08
9 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,0						
10 HGT 6/6H	0,0		536				
11 AFERR PA E FC	0,0						
12 B - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: AGUA FILTRADA 100ML VO 6/6H				
13 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						

25 de Agosto de 2018

CIBELLE AMORM RICARTE DE OLIVEIRA
CRM: 8036

Cibelle Amorim Ricarte
CRM: 8036
Carimbo do Profissional



Data: 24/08/18 14:01
Usuário: JOSE CORREIA
Boletim: 1102789



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 30d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 24/08/2018 14:01:52
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UOC B / 0004			Validade da Prescrição 24/08/2018 17:00:00 - 25/08/2018 17:00:00		
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V.		24H	
3 CEFTRIAXONA 1G INTRAMUSCULAR	1.0	G		E.V.		12/12H	
4 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4.0	ML		E.V.		6BH	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		1X AO DIA	
6 DEPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.		6BH	

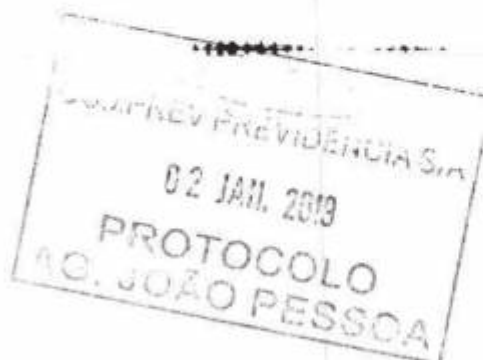
24 de Agosto de 2018

JOSE CORREIA DE SOUZA
CRM: 6620

Lucivaldo Alves Cruz
CRM-PB 6620 - RBE

Dr. José Corrêa Souza
Médico/Infecção
CRM-PB 6620 (GRN-PB 2018)

Assinatura e Carimbo do Profissional





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 28d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Pronto Soc. 110050	Data Prescrição 21/08/2018 07:47:45
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / 0004		Validade da Prescrição 21/08/2018 07:47:00 - 22/08/2018 07:47:00			
Convenio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA HIPOSSODICA	0,0		Observação ASSISTIDA	ORAL			ATENSA
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.	300 24H		3:500
3 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	2:500
4 CEFTRIAXONA 1000MG IV	1000,0	MG	Observação D0 inicio 21/08/18	E.V.		12/12H	2:500
5 CLINDAMICINA 600MG(AMPOLA 4ML)	4,0	ML	Observação D0 inicio 21/08/18	E.V.		6/6H	2:500
6 DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação de dor ou febre	E.V.		6/6H	2:500
7 BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação de náuseas ou vômitos	E.V.		6/6H	2:500
8 I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: Mudança de decúbito de 2/2h				2:500

22 de Agosto de 2018

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9085

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA

Assinatura e Carimbo do Profissional

OK SVD = 400-400



PRESCRIÇÃO MÉDICA

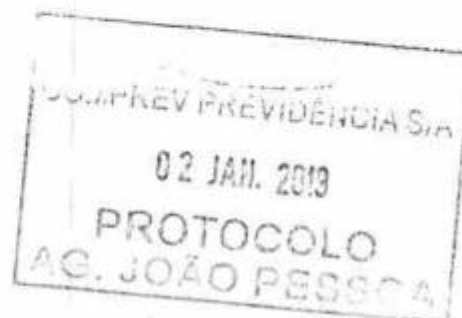
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 27d	MASCULINO	1102789	110050	21/08/2018 14:13:09
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
	AREA LARANJA - UDC B / 0004		21/08/2018 17:00:00 - 22/08/2018 17:00:00			
Convênio	Matrícula		Senha			
SUS						

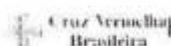
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 CLORETO DE SODIO 20% (AMPOLA 10mL) - ALTO RISCO	100,0	ML	Observação: 900 ml de SF 0.9%, BIC. 42 ml/h	E.V.		CONTINUA	21 de Agosto de 2018

FELLIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9085

João Pessoa, 21 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA S.L. ADOR H

Data: 21/08/18 07:48
Usuário: FELLIPE
Boletim: 1102789



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 27d	MASCULINO	1102789	110060	21/08/2018 07:47:45
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito	Validade da Prescrição				
Convenio	Matrícula	21/08/2018 07:47:00 - 22/08/2018 07:47:00				
SUS		Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA HIPOSSODICA	0.0		Observação: ASSISTIDA	ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500.0	ML		E.V.		24H	
3 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
4 CEFTRIAXONA 1000MG IV	1000.0	MG	Observação: DO início 21/08/18	E.V.		12/12H	
5 CLINDAMICINA 600MG(AMPOLA 4ML)	4.0	ML	Observação: DO início 21/08/18	E.V.		6/6H	
6 DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação: se dor ou febre	E.V.		6/6H	
7 BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação: se náuseas ou vômitos	E.V.		8/8H	
8 1. ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0.0		Observação: Manutenção de decúbito de 2/2h				

21 de Agosto de 2018

FELLIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9085

Assinatura e Carimbo do Profissional



INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:Impresso por: JOELMA
PEDRO DA SILVA
Em: 26/08/2018 17:05:56

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1102789	Data/Hora Entrada 21/08/2018 00:06:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 110050

EVOLUÇÃO MEDICA (JOELMA PEDRO DA SILVA - 26/08/2018 17:05:43)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RNC SECUNDARIO A PNEUMONIA

ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO - TEVE ALTA DO HETSHL EM 14/08

PACIENTE VIGIL, SEM INERCORRENCIAS, APRESENTANDO GLASGOW 13

ACV: RCR 2T BCNF SEM SOPROS

AR: MV+ EM AHT SEM RA

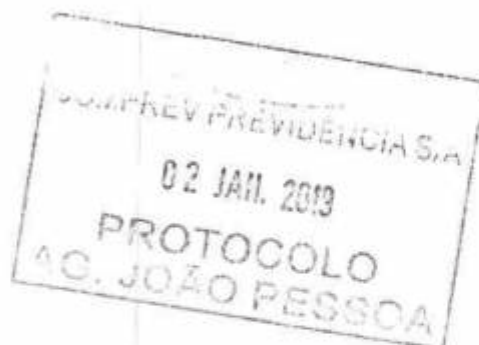
ABD: FLACIDO, INDOLOR

CD: AGUARDA HEMOCULTURA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

Número Conselho: 10222





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332185700Impresso por: CIBELLE
AMORIM RICARTE DE
OLIVEIRA
Em: 25/08/2018 09:59:17

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1102789	Data/Hora Entrada 21/08/2018 00:06:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA - 25/08/2018 09:55:29)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RNC SECUNDARIO A PNEUMONIA

ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO - TEVE ALTA DO HETSHL EM 14/08

PACIENTE VIGIL, SEM INERCORRENCIAS, APRESENTANDO GLASGOW 13

ACV: RCR 2T BCNF SEM SOPROS

AR: MV+ EM AHT SEM RA

ABD: FLACIDO, INDOLOR

EXAMES 24/08: CR=0,88 U=29 LEUCO=9100 PCR=61,9 PLAQUETAS= 388000 LACTATO=1,91 K=4,5 NA= 138

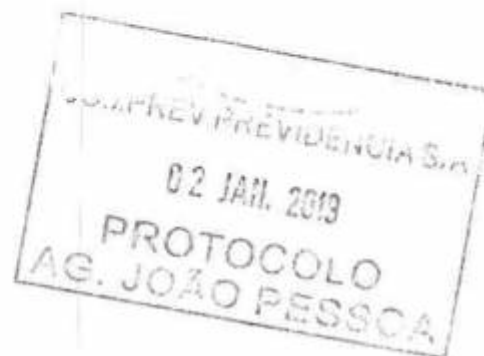
HB=13

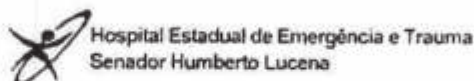
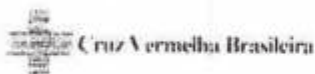
CD: AGUARDA HEMOCULTURA + VPM + TROCO CEFTRIAXONA POR CEFEPIME

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA

Número Conselho: 8036

Cibelle Amorim Ricarte
Médica / CRM-PB 8036
CNS: 702505726447340



INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: JOELMA
PEDRO DA SILVA
Em: 23/08/2018 12:23:22

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1102789	Data/Hora Entrada 21/08/2018 00:06:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464	Prontuário 110050
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOELMA PEDRO DA SILVA - 23/08/2018 12:22:41)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

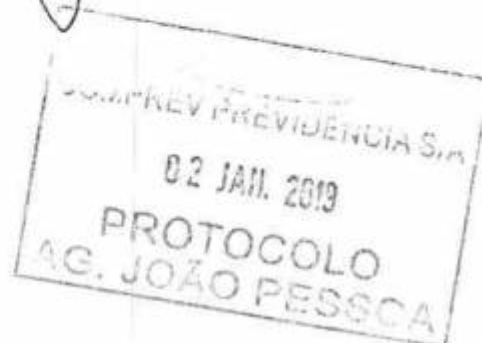
PACIENTE VIGIL, NÃO PARESENTOU INTERNCORRENCIA

CD= MANTIDA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

Profissional responsável pela Informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

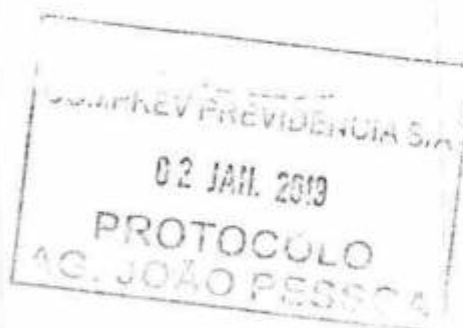
Número Conselho: 10222



Documento de Alta

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA			Número Prontuário: 110050
Data de: 25/08/1971	Sexo: Masculino	Data de Internação: 23/07/2018 14:07:26	Data de Alta: 14/08/2018 09:40:22
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C (MAIS EVIDENTE NO MID) PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5 CD : Oriento sinais de alarme Sem sinais de espasticidade ou liberação piramidal. Alta hospitalar Acompanhamento ambulatorial. Oriento cuidados com SVD para possibilidade de retirar.			
Resumo da Internação: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C (MAIS EVIDENTE NO MID) PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5 CD : Oriento sinais de alarme Sem sinais de espasticidade ou liberação piramidal. Alta hospitalar Acompanhamento ambulatorial. Oriento cuidados com SVD para possibilidade de retirar.			
Resultado de Exames: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C (MAIS EVIDENTE NO MID) PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5 CD : Oriento sinais de alarme Sem sinais de espasticidade ou liberação piramidal. Alta hospitalar Acompanhamento ambulatorial. Oriento cuidados com SVD para possibilidade de retirar.			
Tratamento:			
Diagnóstico: M48.3 - Espondilopatia traumática			
Recomendações:			

Data: 14/08/2018

 FERNANDO ROBERTO GONDIM
 CABRAL DE VASCONCELOS
 CRM 8267 - PB


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DIP 74

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Valdir Fernandes de Souza

CARTÃO DE IDENTIDADE

PREVIDÊNCIA S/A

02 JAN. 2013

PROTOCOLO

10. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 6 5 2 1 9 8 DATA DE EXPEDIÇÃO 2 6 A 6 0 1 9 9 1

NOME VALDIR FERNANDES DE SOUZA

FILIAÇÃO João Fernandes de Souza
Estelita Adelaide de Matos

Jacaraú-PB 25.08.1971
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORDEM Cer. Nasc Nº1.9350 Fls. 97 Liv 30
Cart de Jacaraú-PB

CPF

Assinatura

LEI Nº 74 DE JACARAÚ

MINISTERIO DA ECONOMIA
FAZENDA E PLANEJAMENTO

C/C

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

Nº DE INSCRIÇÃO: 874096744 15

NOME COMPLETO: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

NASCIMENTO: 25.08.71

ASSINATURA: *Valdir Fernandes de Souza*

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

EST. SERVIDOR E O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER OBRIGAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTARIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DO DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL.

CADASTRO DO AGENTE EMISSOR

061/1944 - 2

24/12/91

ESTADO DO BRASIL

Jardim (15)

6180100-0

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

APROVADO POR RESOLUÇÃO NORMATIVA DO CNF

Edmundo B. M. Souza
1705/0003

COMPREV PREVIDÊNCIA SIM

02 JAN. 2019

PROTOCOLO

G. JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)



SIGNATURA DO PORTADOR

ASSINATURA

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ASSIN-CE 22742

ADRE
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-99

VALIDADE DO CREDENCIAL E TITULO
NÃO

DATA DE EXPIRAÇÃO
01/07/2018

PAULO ANTONIO SILVA E SILVA
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO

CL. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO RÁQUI-MEDULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *DOCUMENTAÇÃO REFERE PARAPLEGIA.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: ESPONDILOPATIA TRAUMÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO RAQUE MEDULAR COM PARAPARESIA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE ARTRODESE CERVICAL NA REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO, MARCHA COM USO DE BENGALA COM MARCHA ESCARVANTE COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO TRATADO COM CIRURGIA EVOLUI COM HEMIPLEGIA DIREITA COM DEFICIT DE FORÇA E SENSITIVO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO RAQUE MEDULAR COM PARAPARESIA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE ARTRODESE CERVICAL NA REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO, MARCHA COM USO DE BENGALA COM MARCHA ESCARVANTE COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO TRATADO COM CIRURGIA EVOLUI COM HEMIPLEGIA DIREITA COM DEFICIT DE FORÇA E SENSITIVO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Valdir Fernandes de Souza</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>	Nº DO RG:	<u>165-219-6</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSP/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>26/08/91</u>
Nº DO CPF:	<u>874.096.744-15</u>	ENDEREÇO:	<u>Sítio Luz, s/nº, Rua Rural, Recôncavo - PB, cep 58273000</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Valdir Fernandes de Souza, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pedro Régis - PB, 29 de Setembro de 2018.

Valdir Fernandes de Souza

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTÓRIO DO REGISTRO
CIVIL E NOTAS
Lenira Régis da Silva
Oficiala



Autenticidade

Reconheço e Firma

Valdir Fernandes de Souza

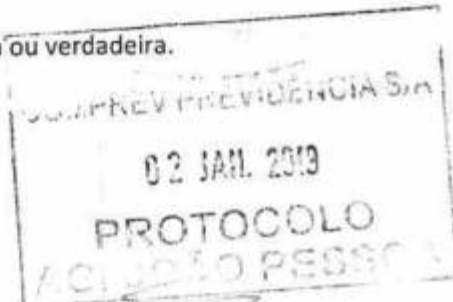
do dou fé

Em testº da Verdade

Pedro Régis 26/09/2018

Lenira Régis da Silva

Selo Digital nº AHNS2090
Consulta autenticidade em: IMI
HT TPS/Secodigital.pb.jus.br



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001807/19

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

CPF: 874.096.744-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/07/2018

Titular do CPF: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VALDIR FERNANDES DE SOUZA : 874.096.744-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS