

PEDIÇÃO 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:	Nome completo da vítima:	
	874.096.744-15	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:			CPF: 874.096.744-15
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recupero-ze	517 Boticá	51m	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rua Rural	Pedro Boticá	PB	5827-3000
E-mail:	Tel.(DDD): 33-98849-5530		
ccj.dvbs@gmail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Bradesco 013
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 113724 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 Lider 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 Lider 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) Divorciado 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Pedro Boticá - PB, 31 de Janeiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Fernandes de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Lourinha Mito

(* 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura



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:	Nome completo da vítima:	
	874 096.744-15	Valdir Fernandes de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF: 874-096-744-15	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECLUSO-22	517 bunte	51m	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rua Rural	Padre Rio	PB	5827-3000
E-mail:	Tel.(DDD): 83-98849-5530		
ccf.095@gmail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
Operação 001

AGÊNCIA:

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 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 recolhimento 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 Rio - PB, 06 de fevereiro de 2013

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Fernandes de Souza

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

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, 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



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, 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



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, 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



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, 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, retorno 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:	Nome completo da vítima:	
	874.096.744-15	Valdir Jardim de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 874.096.744-15	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recuperação	Sítio Luté	51m ²	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rua Rural	Padre Rego	PB	58273000
E-mail:	Tel.(DDD): 83-98849-5530		
ccj.ods@gmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS			
RENDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECURO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: 0044	CONTA: 113724	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IMI 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	
Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.			

TESTEMUNHAS	
1º Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura: _____	
2º Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura: _____	
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Padre Rego - PB, 27 de Outubro de 2018
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
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 RODO, 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 NO
LO
AG
ALO
DEP
D

ESTAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

261-341833622-4

18/SET/2018

HORA DF 15:41:13

EDT: 13 024889

LOCALIDADE: PEDRO REGIS

TERM: 059232

CONTROLE: 832112510

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00000000

VALDTR. E. 1970

50100

19.88

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

251-341833622-4

19-VIA

CASA Loterías

CAIXA Loterias

SANTOS - SANTOS
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
CÓDIGO PESCA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: 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 DEFÍCIT 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 (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



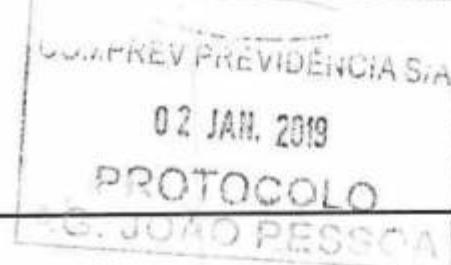
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 RÉGIS-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.

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

Cabedelo-PB, 17 de agosto de 2018



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:	Nome completo da vítima:	
	874.096.744-15	Valdir Jardim de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 874.096.744-15	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recuperação	Sítio Luté	21m	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rua Rural	Padre Rego	PB	58273000
E-mail:	Tel.(DDD): 83-98849-5530		
ccj.ods@gmail.com			

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO FASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	6pccos 053	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Cäba Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0044	CONTA: 113724	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 Lider 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) Divorciado 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 Lider 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 Rego - PB, 27 de Outubro de 2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Jardim de Souza

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



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, SIN - ÁREA RURAL
PEDRO REGIS / PB CEP: 58273000 (AG: 14)

Enviação 00124016 Referência: Ditz / 2118
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO-B/230 Km.26 - Distrito: Jóia Preto/PB - CEP:58071-020
Roteiro 3 - 30 - 501 - 2840 N° medidor: 00000596030

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.085.162/0001-40 Inscrição Estadual: 16.016.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°016 631 838
Cód. para Bkt. 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/ RAMI
Dez / 2018 06/12/2018 08/01/2019 020.638.654-74
Inst. Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/758479-0

Canal de contato

- Tânia Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Exercício da apresentação de Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2016.
Reservar 12,4% resente-se na sua Organização Mista.

CCO	Descrição	Quantidade	Tributo	Valor Base Calc.				Ato. Iome(RB)	Base Calc.	Per(RB)	Cálculo(RB)
				ICMS(RB)	ICMSB(RB)	ICMSG(RB)	ICMSI(RB)				
0801	Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0,287780	8,63	8,63	27	2,33	8,63	0,00	0,43	
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,430540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72	
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	27.000	0,740300	19,98	19,98	27	5,39	19,98	0,29	1,01	
0801	Adic. B. Amarela			0,88	0,88	27	4,24	0,88	0,01	0,04	
0812	Quaisq			45,98	45,98	27	12,41	45,98	0,50	2,29	
0807	CONTRIBUICAO LUM.PUBLICA			4,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0806	Devolução Subsídio			-30,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
LAM-AMENTOS E SERVIÇOS											

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	83,95	109,99	29,89	109,99	119	5,48	TOTAL A PAGAR			
									R\$ 83,95			
130									13/12/2018			
Histórico de Consumo (kWh)												
122 147 120 140 148 129 131 145 109 105 127 128												
Dez/18 Jane/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18												
RESERVADO AO FISCO												

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (%)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,76	0,00		15,20	18,19
DIC TRIMESTRAL	25,52		Consumo de Energia	21,89	25,84
DIC ANUAL	51,05		Desvio de Tensão média	2,27	2,52
FIC MENSAL	7,88	0,00	Excedendo Setorias	2,60	4,26
FIC TRIMESTRAL	15,79		Impostos, Direitos e Encargos	41,09	48,95
FIC ANUAL	21,58		Outros Serviços	0,00	0,00
DNC	8,99	0,00	Total	63,98	100,00
DIC9	16,50				

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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

INSTITUTO PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
PROTOCOLO
PROTESSCA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PLS DATA DE POSTAGEM: 03/03/2018



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



721130702318145-1800163853662023123

SECRETARIA MUNICIPAL DE
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
02 JUL. 2019
PROTÓCOLO
C. JUAO PESSOA

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 nº 9.613/98.

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 Ferreira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 874.096.744 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Valdir Ferreira 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>Avenida 25 de Março</u>		Número	172	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	CEP
Email	<u>ccf.adailton@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83-3500-3910</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 Cunha da Silva,
RG nº 1988.722, data de expedição 14 / 10 / 2009,
Órgão SSD5-PB, portador do CPF nº 020.538.654-74,
com Domicílio na cidade de Pedro Rego, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Pedro Rego,
Área Rural nº 11m², complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do _____ acidente ocorrido com a vitima
Valdir Fernandes da Souza, cujo o condutor
era Valdir Fernandes da Souza.

Veiculo.....: motocicleta
Ano.....: 2002
Modelo.....: Glenda 1C8 125 futon E5
Placa.....: MN J 6888-73
Chassi.....: 9C2JC30202R129579
Data do acidente.: 22 de Julho de 2013

Local e data: Pedras Reais - PB, 01 de Outubro de 2019

~~x Maria da Silva da Silva~~

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

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

(Assina) **ANEXO PREVIDÊNCIA S.A.**
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



<input checked="" type="checkbox"/>	Autenticidade
Reconheço e Firma	
<u>17/02/2014</u>	
<u>Paulo Henrique</u>	
<input type="checkbox"/>	Cláudia
<input type="checkbox"/>	Em testemunha
<input type="checkbox"/>	da Verdade
<input type="checkbox"/>	Pedro Régis
<input type="checkbox"/>	10/02/2014
<input type="checkbox"/>	<u>Paulo Henrique</u>
Lembre Régis da Silva	
CIVIL E NOTAS	
CERTIFICADO DO REGISTRO	

Scanned by Google
Gutenberg.org.au
Comments and questions are welcome: 05 111155
HTTP://WWW.GUTENBERG.ORG.AU



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

RECEITUÁRIO

7. Vedic Figures in Art

Contents

Trichomyces constrictus
a genus of metazoans
which are symbiotic
with a number of
insects

• "Leviathan" members,
• The ones in "Gangnam"
• MMF, Vans

on *Imperial* *and* *Imperialists*

سے رہائی مل جائے گا

مکالمہ

۱۸۷۹

2000

Dr. Edivaldo Guedes
Médico
CRM-PR-11033

VOLTANDO À CONSULTA, OLHEIRA TRAZER ESTA RECEITA

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAN. 2019
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, ESPONDILOPATHIA
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, VOMITOS E TONTURA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA , BMF. NEUROCIRURGIA DIAGNOSTICA - PARAPARESIA MMIGRAU 3; AUSENCIA DE NIVEL SENSITIVO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE COLUNA DORSAL, TC DE COLUNA LOMBOSACRA. RM DE COLUNA TORACOLOMBAR

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC - NORMAIS

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CONSERVADOR - MEDICADO + SUTURA DE FERIMENTO

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



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB



J Cruz Vermeille Brusilovska



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



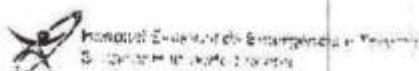
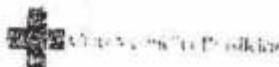
GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1096323



[Imprimir](#)



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONÇALVES - CNEB: 123312 - Tel.: 5333186700

Boletim de Atendimento: 1098323

Identificação do paciente

D 1308118	Nome WALDIR FERNANDES DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/03/1971	Idade 46 anos 10 meses 28 dias	Estado civil Solteiro
Mae ESTELITA ADELIA DE MATOS		Religiao Promulgio
Escolaridade		
DDD Movel 83	DDD Movel 833352215	Paiz JOAO FERNANDES DE SOUZA
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 1552198	Responsavel (Familia) MARIA DA GUIA DA SILVA - ESPOSO(A)
Local de progr. (Cidade) JACARAU		DDD Fixo 702600677574464
Email	Naturalidade JACARAU	Fone Fixo 702600677574464

Endereço

CEP 58273060	Logradouro de residencia PEDEZ REGIS	Nº 26	Localização CUTER
Numero 52			Bairro ZONA RURAL

Admissao

Data e Hora 23/07/2019 03:15:12	Número de paciente 1000058893331		Centro S.I.
Especialidade CIRURGIA GERAL			

Classificação de risco

Detalhe de sua ultima
Triage de hospitalar
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Detalhe Nº	Estado de Saúde Vida	Detalhe a Análise Nº	Detalhe Nº
Detalhe de hospitalar AMBULACRO			

Sinais Vitais

PA (mmHg)	P脉 (mmHg)	RR (mmHg)	SpO2 (%)	Ultrassonografia

Exames complementares

RAZ () - O2 () - GGT () - TC () - Liquor () - ECG () - Ultrassonografia ()
Dados clínicos

Paciente desorientado, com história de queda de morte, concreto, ou tosse, em reação ao ambiente, FAD.

Diagnóstico

Assinado por
AURINICE CAVALCANTI ZAFARIA

CD

Tempo
35s/q



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		1096323	23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento:	Idade	Sexo		Telefone de Contato
25/08/1971	46a 10m 28d	Masculino	702800677574454	(83) 993562315
Mãe				Prontuário
ESTELITA ADELAIDE DE MATOS				
Endereço	Bairro	Município		
CUITER, SN	ZONA RURAL	PEDRO REGIS		UF
VEICULO X MOTO	Motivo	Profissional		PB
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO		Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
23/07/2018 03:06:13		23/07/2018 10:49:32		4417/PB

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 8H (COLISÃO COM CARRO), EIXA-SE DE DOR EM Perna D. APRESENTA EQUIMOSE EM PÁLPBRA INFERIOR Á E + FERIMENTO JUNTOS 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, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á 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 (MGTSIM)
(OBSERVAÇÕES: OBSERVAR POR 2H)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

m observação + ...

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

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



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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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 702800677574454
Mae 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 MOTOCICLÍSTICO 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 diametros normais.

TC COLUNA LOMBOSACRA: SEM FRATURAS OU DESALINHAMENTOS

J.D.: 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

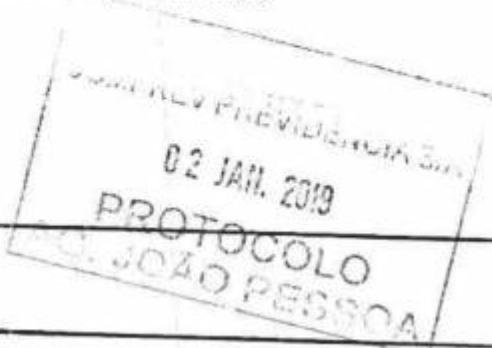
Diluir

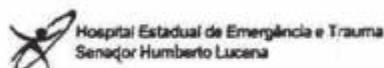
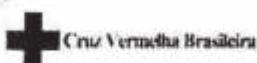
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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			Prontuário
Endereço CUTTER, 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 FORCA 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

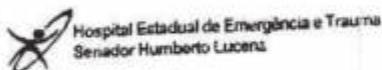
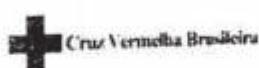
23/07/2018
MEDICO
CRM - PB 10510

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
(CRM: 10510/PB)

MJS

VALDIR FERNANDES DE SOUZA





CENTRO CIRÚRGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N., JOÃO 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
Mês ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			
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 CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

CID10

Código	Descrição
S00.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
CRM-PB 6833
Neurocirurgia
6800/PB

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

02 JUL 2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA



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: DANIEL
ESPINOLA 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	Prontuário 110050

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 ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
AO EXAME

GLASGOW 15

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

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

CD

- AGUARDO RM CERVICAL -->DOMINGO AS 15H
-SOLICITO RX DE COXA DIREITA

Setor: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgia
CRM - PB 7423





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 10/08/2018 07:21:39

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual da Serra da Cantareira

GOVERNO
DA SERRA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 2778096 - Tel: 6332-66700

Impresso por: THAISE
AGRA TEIXEIRA
Em: 09/08/2018 09:00:25

Nome do paciente	Placa de identidade	Data de internação	Data de alta
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	1096323	23/07/2018 03:09:13	
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

Evolução médica (THAISE AGRA TEIXEIRA - 09/08/2018 09:00:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

*****NEUROCIRURGIA*****

TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL AS A-Q-MAIS EVIDENTE NO MID,
REFERE DORSALGIA, AFESEKIL, CUPNEICO, GLASGOW 15

RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
TRM COLUNA LOMBAR:PROTRUSÃO 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: THAISE AGRA TEIXEIRA

CM-08527
Neurocirurgia
09/08/2018 09:00:25
Número Consulta: 5247

02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
VOO PESCA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 08/08/2018 10:03:32

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

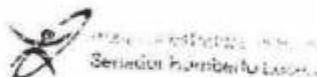
RNM COLUNA DORSAL: PROTRUSÃO DISCAL C6-C7, C7-D1, D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
RNM COLUNA LOMBAR: ABAULAMENTO DISCAL L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5
RNM DA COLUNA CERVICAL URGENTE

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

Número Conselho: 6018



2018-08-07 18:18:44
Cruz Vermelha Brasileira



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

DATA PARABÉNS

Impresso por: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
Em: 07/08/2018 18:18:44

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	1096323	23/07/2018 03:06:13	
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

62 JAN. 2019
PROTÓCOLO
LÚCIO PESSOA

 Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Centro - Rio Grande do Sul



Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
E-mail: mauro.freitas@saude.pb.gov.br

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

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	1055323	23/07/2018 03:06:13	
Data de nascimento: 25/08/1971	Idade: 46	Sexo: Masculino	CNS 702500677574464
Tempo de Internação		Convênio: SUS	Prontuário 110050
			Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

14 DIAS DE INTERNAÇÃO, TRAUMA CÉFALO-CRANICO (ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRUZADA ASIA C
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL E LOMBAR

Setor: ÁREA LARANJA - UDC 3 - Leito: LEITO EXTRA 06
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018





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

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

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

*****NEUROCIRURGIA*****

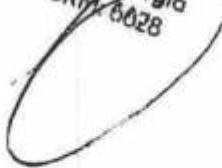
13 DIAS DE INTERNAÇÃO; TRM COM PARAPARESIA CRURAL
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL

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

Profissional responsável pela informação: RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

Número Conselho: 6628

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM 6628




Cruz Vermelha Brasileira

1

GOVERNMENT OF
INDIA

AV. ORESTES LISSOA, S/N - PECÓIS - P.R.
(C.N.E.S: 2455274 - FONE: 8433-3651)

impresso por: ERICKSON
DUARTE BONIFACIO DE
ASSIS
E-mail: 04-08-2016 10:57:51

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Brasil - RJ 1066323	Brasil - RJ 13/07/2018 12:05:13	Data Hora Saida
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 70260367574464
Tempo de internação	Convênio SUS		Plano DURMO

EVOLUÇÃO MEDICA /ERICKSON DIAS/PTB 301/2011 DE 05/02/2011 PÁGINA 10 DE 10

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

—SCRIVÃO DA EVOLUÇÃO—

NCR

TRM-ACCIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTS EVOLUÍDA DE SORVIL ESTAVES:

PARAPARESIA CRURAL → EV. MELHORA.
TC DA COLUNA POSSAI E LOUZADA.

TC COLUNA LOMBAR: Osteofitoses marginais anteriores em todos os corpos vertebrais e posteriores em 2/3.

Redução do espaço discal L3/L4 com esclerose fofoplástica associada à irregularidade dos plátos inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4. Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos sem interações

Articulações interspinais de aspecto anatomico

Canal vertebral de diámetro preservado en losa a 1100x1000 mm. 1999

3 COLUNA DORSAL: Corpos vertebrais e estruturas vertebrais cristalizadas com forma e coeficientes de estenização normais, com osteófitos marginais anteriores. Ausência de protusão ou extrusões discais e identes. Canal vertebral amplo, com espaço epidural normal.

Canal vertebral com diâmetros normais.
Partes articulares e processos ósseos normais.

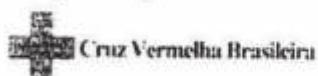
AC-ELVIVE: GLASSY DYNAMICS OF POLYMER-ASSISTED CRYSTALLIZATION: A BROWNE-WEISSER PERSPECTIVE

COAGUARDA 3M 1000-1000-1000-1000-1000

Seção: AREA LARANJA - UOC B Lote: LEITO EXTRA 13
Profissional responsável pela Informação: ENGENHEIRO DE PRODUÇÃO

Water Conservation 2003

02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
CRIAÇÃO PESSOAL

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 03/08/2018 11:11:55

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

Evolução Médica (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.

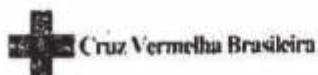
Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

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

CD: AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.
DESMAME DE SVDSeção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Número Conselho: 7030

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Neurointervencionista Endovenoso
Neurocirurgião CRU/PB 7030



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.

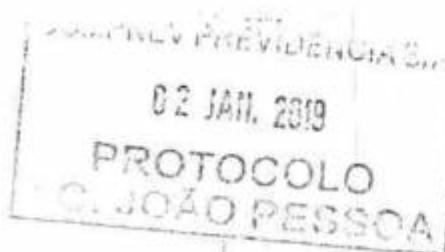
AO EXAME: GLASGOW 15, PARAPARESIA CRURAL ASIA-D/E, AFEBRIL, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

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

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Neurointervencionista Endovascular
Neurocirurgião CRM-PB 7030

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

Número Conselho: 7030





© Cruz Vermelha Brasileira



Journal of Hospital Facilities Management

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

1990-1991
1991-1992
1992-1993

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1088323	Caixa de Entrada 8307 2008 00000000
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 45	Sexo Masculino	CNPJ 702800877674434
Tempo de Internação		Convênio SUS	

EVOLUÇÃO MEDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 02/08/2018 22:58:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTABE:

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

TC COLUNA LOMBAR: Osteófitos marginais anteriores em todos os discos vertebrais (n=3). - 12/2011, 2012

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 histológico.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudiada.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação semelhantes.

TC COLUNA DORSAL:Corpos vertebrais e estruturas vertebrais possuem coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores e posteriores ausentes. Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes. Canal vertebral com diâmetros normais. Partes moles paravertebrais estão normalmente.

AO EXAME: GLASGOW 15. PARAPARESIA CRURAL ASIA-D/E AFESPI 2.01.2011 - ESTAVEL

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

DESEMBARQUE SVB
Setor das autorizações
Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05

Neurodegener
and



Cruz Vermelha Brasileira

Sociedade Brasileira de Traumatologia
Sociedad Brasileira de TraumatologiaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Data: 01/08/2018 10:58:51

Paciente	Boleum de Atendimento	Carteira de Identidade
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	1098323	20171018031617
Data de nascimento	Idade	Sexo
25/08/1971	46	Masculino
Tempo de Internação		Convênio
		SUS

Evolução médica (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 01/08/2018 10:58:51)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

NCR

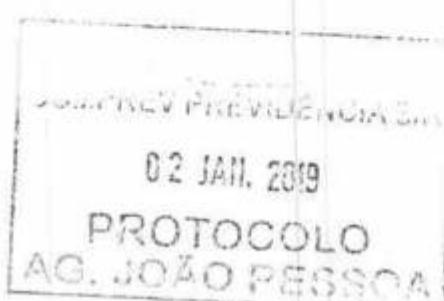
TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

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 AFE33, RE: PAINEL, N.D.N. EVOLUÇÃO ESTAVEL

CD: AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.

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



Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	1096323	22/07/2018 05:06:13	
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

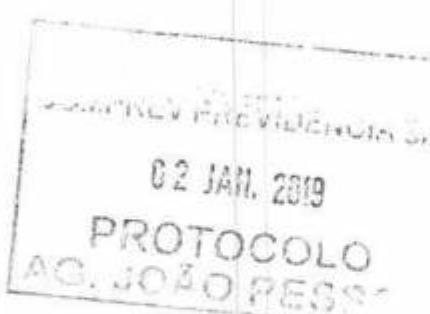
PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

PARAPARESIA CRURAL -> EM MELHORA
TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.NAO EXAME:GLASGOW 15.PARAPARESIA CRURAL ASIA-D.AFEBRIL.EUPNEICO.HEMODINAMICAMENTE
ESTAVEL

ODIAGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR A SER REALIZADA HOJE

SEÇÃO: AREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 05
Responsável por informar: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Data: 31/07/2018 - 10:21

*Daniel Ronconi
Nursing*

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência Senador
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 8332166700GOVERNO
DA PÁGINAImpresso 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 25/05/1971	Idade 46	Sexo Masculino	Prontuário 110050
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução médica (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 30/07/2018 16:07:18)**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: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05

Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6015



Cruz Vermelha Brasileira


 Hospital São Lucas
 Senador Pompeu - RJ

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

 Autógrafo por: 1.007417
 MÔTÓR NEVES POATO
 Em: 29/07/2018 10:37:56

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 08:31:10	Data/Hora Saida
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 48	Sexo Masculino	CNS 712800517574484
Tempo de Internação		Convênio SUS	PROBLEMA 10023 PROBLEMA 10020 CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Evolução médica (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.H.)

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D.AFEBRIL,SUPNEICO HEMICO - MIGRANTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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





Cruz Vermelha

Hospital Estadual do Estado da Paraíba
Senador Humberto LucenaGOV.
DA PARAÍBAAv. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 58216570 - Tel: (83) 2165700Impresso por: MAURICIO
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 27/07/2018 10:07

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Envio/Rece	Data/Hora Saida
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	1096333	23/07/2018 00:06:12	
Data de nascimento	Idade	CNIS	Pronto-Atend.
25/08/1971	43	702800677571664	11/0059
Tempo de Internação		Convênio	Pretório
		SUS	DURHIC

EVOLUÇÃO MEDICA: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 27/07/2018 10:09:40

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCLÍSTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D. 4

AO EXAME:GLAS: 3/5, TENSÃO ARAPESIA CRURAL ASIA-D,AFEBILH,EUPNEICO HEMODINAMICAMENTE
ESTAVEL

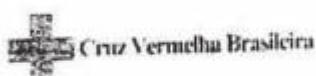
CD:AGUARDAR: 03/07/18-LOFISAL E COLUNA LOMBAR

Sação: AREA LARANJA - 1223 - 1.º P. LEITO EXTRA 03
Profissional responsável: Dr. Mauro Guerra Terra: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Consulta: 1018

Dr Mauro Guerra
Neto
CRM: 01.014
CRM: 01.014

PROTÓCOLO
EXAME PREVISTO
02 JAN 2019
PROTÓCOLO
EXAME PESQUISA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



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

Paciente		Boletim de Alandamento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		1096323	23/07/2018 03:06:13	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
25/08/1971	48	Masculino	702800677574464	110050
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		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.)

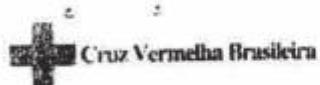
AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D,AFEBRIL,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		1096323	23/07/2018 03:06:13	
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 48	Sexo Masculino	CNS 702800677574464	Prontuário 110050
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

NCR

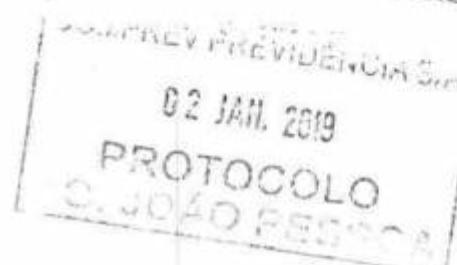
TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

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

Número Conselho: 6018





Cruz Vermelha Brasileira



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

Evolução médica (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: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05

Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Número Conselho: 6018





Atendimento: 201831452029

Data Nasc: 25/08/1971 - 46 anos

Paciente: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

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



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:

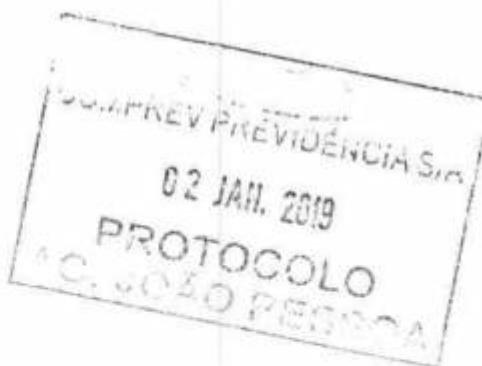
Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diametros normais.

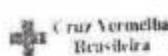
Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

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 EMERGÊNCIA E TRAUMA .NADOR H

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



PREScrição MÉDICA

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		25/08/1971	48a 11m 18d	MASCULINO	1096323	110050	12/08/2018 08:57:29
Motorista do Alandim				Enfermeiro / Leito		Validade da Prescrição	
				POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA		12/08/2018 17:00:00 - 13/08/2018 17:00:00	

Convenio
SUS

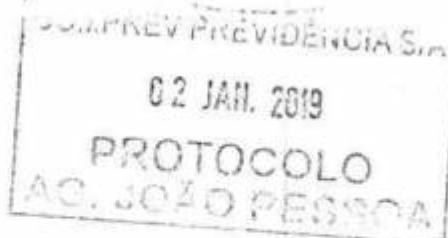
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			24h
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		E.V.			PF 28/08/18
3 DIPRONEA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	PF 23/05/19
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H	24/05/18
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
6 ENOXAPARINA SÓDICA 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	23/11
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
8 HGT BHB	0,0						
9 APERITIVA FC	0,0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0,0						

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Tomas Cato Monte Raso
Nefrologista
CRM/RB 7742

12 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



CEP: 28050-000
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA S. JADOR H.
Belo Horizonte

Data: 11/08/18 10:44

Usuário: DANIEL

Boleto: 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			Validade da Prescrição		
Convenio: SUS	POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA			11/08/2018 17:00:00 - 12/08/2018 17:00:00		

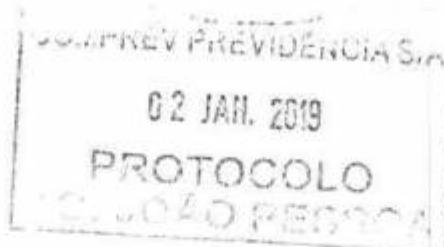
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			11/08/2018 10:34:55
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	11/08/2018 10:34:55
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8SH	11/08/2018 10:34:55
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		8SH	11/08/2018 10:34:55
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		IX AO DIA	11/08/2018 10:34:55
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		B.C.		IX AO DIA	11/08/2018 10:34:55
7 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	11/08/2018 10:34:55
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HGT B/BHS	0.0						11/08/2018 10:34:55
9 AFERIR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

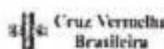
11 de Agosto de 2018

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
CRM: 7423


Dr. Daniel Espindola Ronconi
CRM: 7423

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 10/08/18 07:22

Usuário: GUSTAVO

Boleto: 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/06/1971	46a 11m 16d	MASCULINO	1096323	110050	10/08/2018 07:22:34
Motivo do Atendimento	Enfermaria/Lato					
Convenio	POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA				Validade da Prescrição 10/08/2018 17:00:00 - 11/08/2018 17:00:00	
SUS	Matrícula			Senha		

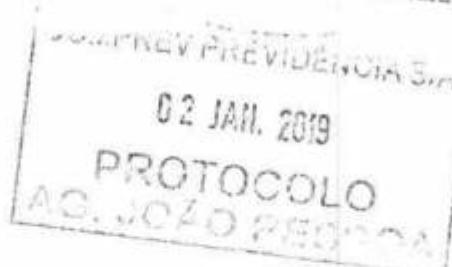
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apronazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			AV
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	<i>✓ 2x 500 ml</i>
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	<i>✓ 2x 150 mg</i>
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6/6H	<i>✓ 2x 1 mg</i>
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	<i>✓ 1x</i>
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	<i>✓ 1x</i>
7 RANITIDINA	2.0	ML		E.V.		12/12H	<i>✓ 1x</i>
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HOT B/SHS	0.0						<i>AV</i>
9 AFERIR PA E FC	0.0						<i>AV</i>

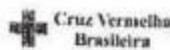
10 de Agosto de 2018

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650

Dr. Zélio Tavares de Souza
Intensivista
Consultor Clínico

Assinatura e Cachimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE MÉDICA E TRAUMA SENADOR H

Data: 14/08/18 09:29
Usuário: FERNANDO
Boleto: 1096323



PREScrição MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA Motivo do Acometimento		Data de 25/06/1971	Idade 48a 11m 20d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prioritário 110050	Data Prescrição 14/08/2018 08:29:33
Convenio SUS		Enfermaria / Leito POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA		Validade da Prescrição 14/08/2018 17:00:00 - 15/08/2018 17:00:00		Matriu	

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 840ML FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		E.V.		24H	
3 DIPRIVONA 500MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		24H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		24H	
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		24H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		24H	
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		E.V.		12/12H	
8 HOT ESB	0,0						
9 AFERIR PA E FC	0,0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0,0						

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL
CRM: 8267

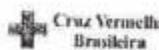
14 de Agosto de 2018
Dr. Fernando Roberto Gondim Cabral

NEUROCIRURGIO

CRA-PB 9267

Assinatura e Detinção do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE MÉDICA E TRAUMA SENADOR H

Data: 14/08/18 09:29

Usuário: FERNANDO

Boleto: 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Motivo do Atendimento	25/06/1971	48a 11m 20d	MASCULINO	1096323	110050	14/08/2018 09:29:33
		Enfermaria / Leito					
Convenio		POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA					
SUS		Matricula		Validade da Prescrição 14/08/2018 17:00:00 - 15/08/2018 17:00:00			

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 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		B/BH	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		B/BH	
4 GONADANESTRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		B/BH	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		B/BH	
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOKAPARINA 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		E.V.		12/12H	
8 HGT BIBS	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 Oliveira
NEUROCIRURGIA

CRM-PB 9267

Assinatura:

14 de Agosto de 2018



Hospital Estadual
Endereço: **HOSPITAL ESTADUAL**

EMERGENCIA E TRAUMA

Data: 06/08/2018
Usuário: THW/2/30
Série: 1016325

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/01

Ruth R

Nome: **ALDIR FERNANDES DE SOUZA**
Início do Atendimento:

Data de: 25/08/1971 Idade: 46a 11m 10s
Endereço / Lote:

Nº P. P. 3096323 N° P. P. 110050 Data Prescrição: 06/08/2018 17:00:00 - 10/08/2018 17:00:00

Convenio:
ILTS

ÁREA LARANJA - UDC B / LEIT/2-2
Matrícula:

Validade da Prescrição: 06/08/2018 17:00:00 - 10/08/2018 17:00:00

Senha:

** Admitido na enfermaria às 18:06h*

Nome do medicamento: Dose: Vias: Instrução de Uso: Freq: Inf. Pos. Aprazamento:

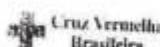
1 DIETA	0,0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA PECHADO (FRASCO)	0,0-0,0	100					24H
3 DIPRIFLOTA 160 MG/ML (AMPOLA 2ML)	0,0	10					08H
4 Usar em ÁGUA DESTILADA	0,0	10					08H
5 ONDANISTETANO	0,0	10					IX AO DIA
6 Dexam SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	10					IX AO DIA
7 UNIFRAZOL 48MG INJETAVEL COM SUBLÍM	0,0	10					IX AO DIA
8 FENOKAPAUINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGUE PRATICABIL	0,0	10					IX AO DIA
9 PANITETANO Dexam em ÁGUA DESTILADA	2,0	10					IX AO DIA
10 OTI BNRB	0,0	10					IX AO DIA
11 APERG PAR 60	0,0	10					IX AO DIA

THW/R: AGR/DEXEIRA
CRM: 6247

Ausinatura e Carimbo do Profissional:

Walter Cesar G. Andrade
CORE/PE-00031-ENF





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA - NADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Data de 25/06/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário	Data Prescrição 23/07/2018 13:32:23
Motivo do Acometimento Convenio SUS		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 23/07/2018 13:32:00 - 24/07/2018 13:32:00			
				Matrícula		Senha	

AC21 Faz/2
E. L.
Cruz Vermelha

B

Data: 23/07/18 13:32
Usuário: LEONARDO
Boleto: 1096323 -

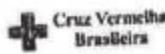
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			1 ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		A 5000 E.V. 27/6/2018 14:55:00			ATENÇÃO
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML					
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.			
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG					
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			1X AO DIA
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 TRAMADOL 60MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100.0	MG		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
8 SSVV + CCGG	0.0			E.V.			
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
CRM: 8028

23 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SÉNADOR H

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



PREScrição MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA Motivo do Aendimento	Data de 25/08/1971 Enfermaria / Leito	Idade 46a 10m 28d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário	Data Prescrição 23/07/2018 10:49:32
Convenio SUS					Validade da Prescrição 23/07/2018 10:49:00 - 24/07/2018 10:49:00	Senha
			Matricula			

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

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

23 de Julho de 2018

Assinatura de Ana Virginia L. da Costa
Assinatura de Andrade Beral
Assinatura e Carimbo do Profissional

ANALISE PREVIA DE RISCO S.A.
02 JUL. 2019
PROTÓCOLO
2. S. JOÃO PESQUA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA - DORH

Data: 08/08/18 10:06
Usuário: MAURO DE
Boleto 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA Número do A. - sistema	Data de 25/08/1971 Infermaria / Leito	Idade 46a 11m 14d Sexo MASCULINO	Nº 1096323 Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 08/08/2018 10:06:00
Centro SUS	Validade da Prescrição ÁREA LARANJA - UDC B / I EITO EXTRA F-5		08/08/2018 17:00:00 - 09/08/2018 17:00:00	
	Matrícula		Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação	Uso	Via de	Veloc. inf.	P:	Aprazamento
1 DIET	0.0				ORAL			00
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML			EV.		24H	14 25 05 24
3 DIPR 5% 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			EV.		06H	14 23 05 24
4 Glicerina 100% AGUA DESTILADA	10,0	ML			EV.		06H	14 01 05 24
5 Glicerina 100% SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	4,0	ML			EV.		06H	14 01 05 24
6 Cimed F AZUL 40MG INJETAVEL COM 10ML 1-TE	40,0	ML			EV.		X AO DIA	05
7 KALI F. ÁMIMA SÓDICA 40 MG/0,4ML SÓLIDA A MELHORADA	40,0	ML			SC.		X AO DIA	14
8 ÁGUA	10,0	ML			EV.		12/12H	14 05
9 DEUT. METASODINA 4MG COMPRIMIDO	4,0	ML		1 COMPROMIDO VO 8 HORAS	ORAL		06H	14 01 05
10 H2O	0,0							
11 ÁGUA	0,0							

Méd: FDR FREITAS LUIZ IRIBA TERRA
CRM: 8018Priscilla Pacheco da Costa
COREN-PA 02424-05

Assinatura e Carimbo do Profissional

08 de Agosto de 2018



Vermelha
Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SF*ADOF H

Data: 07/08/18 10:20

Usuário: MAURO DE

Boleto: 1096323

PREScrição MÉDICA

B

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de: 25/08/1971	Idade: 46a 11m 13d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1096323	Nº Prontuário: 110050	Data Prescrição: 07/08/2018 18:00:44
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito						
Convenio: SUS	ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05	Matrícula:				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientation de Uso	Via de	Veloc.	Alt.	Pos.	Aparecimento
1 DIETA	1,0			ORAL				ATENÇÃO
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	300,0	ML						
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML						
4 Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.				
5 ONDANSETRONA	1,0	ML						
6 Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.				
7 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	0,0	ML		E.V.				
8 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PISCINHADA	0,0	ML		S.C.				
9 HOT MHS	2,0							1X AO DIA
10 AFERIR PA E PC	1,0							

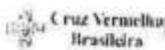
07 de Agosto de 2018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

Assinatura e Carimbo do Profissional

ATENÇÃO

02 JUN. 2019
PROTÓCOLO
030 PESSOA



HOSPITAL ESTADUAL D. EMERGENCIA E TRAUMA, SEN. DOB H

Date: 06/08/14 14:02

Table 11: 1096-23

1050 4.25

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data de Emissão 06/08/2018 14:01:12
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição
Convenio	AREA LARAFIVA - UFGC - LITITIE / TRA 05					06/08/2018 17:00:00 - 07/08/2018 17:11:11
SUS						Senha

Nome do medicamento	Itens	U.M.	Orientação de Uso	Via d:	Veloc. Inf.	Pos	Aproname n
1 DIETA	0,0			IRAL			00
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000	ML		E.V.		24H	05/23/2012
3 DIPRIVONA 500 MG/ML (J/EP-30 A 2ML)	0,0	ML		E.V.		8SH	05/23/2012
	Diluir em AGUA DEITADA A	100,0	ML				
4 ONDANSETERONA	0,0	ML		E.V.		8SH	14/05/2012
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
5 OMEPRAZOL 40MG INJ ET/VEL C 03M DILUENTE	10,0	MG		E.V.		1X AD DIA	05
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MILIGR./ML SERINGA PREENCHIDA	10,0	MG		S.C.		1X AD DIA	05/23/2012
7 HGT 500HS	0,0		05/23/2012	0,01			
8 APERIR PA E FC	0,0		05/23/2012	0,01			

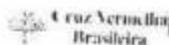
Wiley Annual List 2010

MALIRO DE FREITAS GLN / B-A-TER/VA
CRM: 0018

Assinatura e Cadastro do Fazendeiro

PIRELLA C.
OREGON

PROTÓCOLO DE PESCA



¹⁰HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 05/06/18 16:43
Usuário: RICARDO

claim 1000

Boletim 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 11d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 05/08/2018 10:43:12
Motivo do Atenção Convenio SUS		Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 06/08/2018 17:00:00 - 07/08/2018 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			pequeno
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		E.V.		24H	1º 2º 3º 4º
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação se dor	E.V.		6/6H	SPN
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	23 05 11
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		SASH	
5 ONDANSETRONA	4,0	ML		E.V.		SASH	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		SASH	23 05 11
6 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40,0	MG		E.V.		IX AO DIA	
7 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40,0	MG		S.C.		IX AO DIA	09/10/2010
8 ESVV + CCGG	0,0						23
9 HGT 800HS	0,0						09/10/2010
10 AFERIR PA E FC	0,0						09/10/2010

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
CRM: 6628

卷之三

05 de Agosto de 2016

Assinatura e Carimbo do Profissional

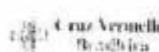
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
DE PESQUISA

173 x 37 x 400 mm; 1.5 kg. No. 38786.

Walter G. B. Jones
CONTRIBUTOR

Conselho de Contabilidade Páginas

02 JAH. 2019
PROTOCOLO
-010 PESOA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA - ENADOR H

Data: 04/08/18 11:58
Usuário: ERICKSON
Boleto: 109637

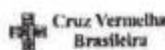
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de Nasc.: 25/08/1971	Idade: 48y 11m 10d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1096323	Nº Prioritário: 110000	Data Prescrição: 04/08/2018 10:58:00
Motivo do Acompanhamento	Entrega de medicamento			Validade da Prescrição:		
	AREA LARANJA - UOC B / LEITO EXTRA 05			04/08/2018 17:00:00 - 05/08/2018 17:00:00		

Nome do medicamento	Dose	H.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pou	Agravamento
1. INICIA	0,6			ORAL			1000 mg
2. SULFATO DE CINNIBER LACTATO DE LIMA TECHNICO FRANCO	400,0	IB.		EV. 1/2 H	500	3000	4250
3. SULFATO DE CINNIBER LIMA POR 1000	100	GL.		EV.			
4. SULFATO DE CINNIBER 1000	100	GL.		EV.			
5. OXICINICO 1000	4,0	ML		EV.			
6. OXICINICO 1000 SULFATO DE CINNIBER 1000	100,0	ML		EV.			
7. SULFATO DE CINNIBER 1000	100,0	ML		EV.			
8. SULFATO DE CINNIBER 1000	100,0	ML		EV.			
9. INICIA - 0,6	0,6						
10. INICIA - 0,6	0,6						
11. INICIA - 0,6	0,6						

Ampliación e integración de la producción

PROTOCOLO
02 JUL. 2019



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA JEN. JOR H

Data: 03/06/18 11:12
Usuário: JOSE LAVOISIER
Bolema: 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de nascimento	Idade	Sexo	Nº Identificação	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	48a 11m 9d	MASCULINO	1096323	110050	03/08/2018 11:12:50
Motivo do Aendimento	Enfermeira / Leito				Validade da Prescrição	
	AREA LARANJA - UDC 9 / LEITO EXTRA 05				03/08/2018 17:00:00 - 04/08/2018 17:00:00	
Convenio		Matriuila			Banha	
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	orientação de uso	Via de	Veloc. inf.	Pes	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			12/12/12
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	12/12/12
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6SH	12/12/12
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V		6SH	12/12/12
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA (0.9% FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	12/12/12
6 ENOKAPARINA SOOICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	12/12/12
7 SSVV + CCGG	0.0						
8 HGT 6/8HS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

03 de Agosto de 2018

JOSÉ LAVOISIER FEITOSA NETO
CRM: 7030

Priscila Patrício de Araújo
COREN PB 512 405 ENF

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Neurologista Endovenoso
Instituto CRM-PB 7030

Assinatura e Garimpo do Profissional

02 JUN. 2019
PROTOCOLO
- 40 páginas

278 *Acta Arachnologica*
Brasiliensis

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE ADORÁPOLIS

Data: 02/08/18 10:00
Usuário: THAISE AGRA
Boleto: 1096323

PREScrição MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA Móvel do Atenendimento TEN	Data de 25/08/1971 Endereço / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05	Idade 46a 11m 8d Informações / Leito	Sexo MASCULINO	Nº 1096323 Validade da Prescrição 02/08/2018 17:00:00 - 03/08/2018 17:00:00	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 02/08/2018 10:00:42
Convenio SUS			Matrícula		Serhse	

REFERENCES AND NOTES

REV PREVIOUS
02 JAN 2019

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. BENTO

Data: 01/08/18 10:26
Usuário: JOSE LAVOCISIER
Boleto: 1098323

PREScrição MÉDICA

Nome	Data de nascimento	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 de Aendimento	Ensaio / Leito	Validade da Prescrição			
	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05	01/08/2018 17:00:00 - 02/08/2018 17:00:00			
Convênio		Matrícula		Senha	
SUS					

~~SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED
JUN 12 1964
FBI - BOSTON~~

2008

HOSPITAL ESTADUAL DE ERGEMCIA E TRAUMA SENAI - R H

Data: 31/07/18 09:23
Usuário: DANIEL
Brasil: 1098323

PREScrição MÉDICA

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Data de: 26/08/1971	Idade: 46a 11m 5d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1098323	Nº Prontuário: 110050	Data Prescrição: 31/07/2018 09:23:25
Endereço do Atendimento: Enfermaria / Lolo ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição: 31/07/2018 17:00:00 - 01/08/2018 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			00
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	✓ 25 32 45
3 DIPRIVONA 500 MG/ML (AMPOLHA 3ML)	2.0	ML		E.V.		BRH	24 03 09 15
4 CLODANSETRONA Diluir em ÁGUA DESTILADA	4.0	ML		E.V.		BRH	24 05 (03)
5 OMOPRÁZOL 40MG INJETAVEL COM OFLUENTE	40.0	MG		E.V.		IX AO DIA	05
6 RISVY + CICRIS	0.0		91	105	105		
7 100% GEMIN	0.0		91	105	105		
8 APERGIDA 100G	0.0		91	105	105		

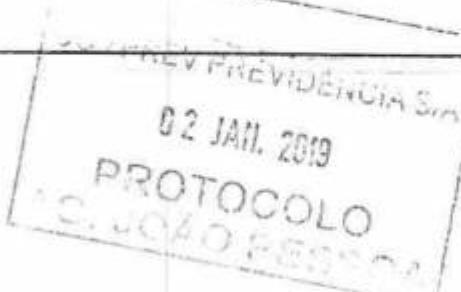
31 de Julho de 2018

DANIEL FERNANDES SOUZA
CRM 7423

Daniel Ronconi
CRM 7423

Priscilla Prado de Araújo
COREN PB 5124

Assinatura e Cunhado do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL

EMERGÊNCIA E TRAUMA - SETOR DOR H

Data: 30/07/18 16:00
Usuário: MARCILIE
Sistema: 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: VALDIR FERNANDES DE OLIVEIRA	Motivo do Aresentamento: Dolor no Abdômen	Data do Nascimento: 25/08/1971	Idade: 46a 11m 5d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1096323	Nº Prontuário: 110050	Data Prescrição: 30/07/2018 16:09:31
Guverno: SUS							Validade da Prescrição: 31/07/2018 17:00:00 - 01/08/2018 17:00:00
							Matrícula: Senha:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pes	Apegoamento
1 DIETA	0,0			CRM			201
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		E.V.			24h
3 DIPIRONA 500MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
4 Dádro em GOTAS DESTILADAS	10,0	ML		E.V.			6/6h
5 ONDAMERETONA	4,0	ML		E.V.			
6 Dioron SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.			
7 OMEPRAZOL 20MG BAIETAVIT 0,025 DILUENTE	40,0	MG		E.V.			IX AO DIA
8 S.BVY + CETO	0,0			E.V.			03
9 UGI 1000	0,0			0,051			
10 AMBROPA ETC	0,0			0,051			

INÍCIO DE FOLGAS: 01/08/2018

Fim: 01/08/2018

Assinatura e Lacre do Profissional

Priscilla Raimundo de Araújo
COREN PB 512 405 ENFSOCIEDADE PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAH, 2019
PROTÓCOLO
PROFISSIONAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA Móvel do Alimentador	Data de 25/06/1971 Endereço / Leito: ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05	Idade 46a 11m 4d Sexo MASCULINO Número 1096323 Validade da Prescrição 29/07/2018 17:00:00 - 30/07/2018 17:00:00	Nº Prontuário 110050 Data Prescrição: 29/07/2018 10:49:41
Convenio: SUS		Matrícula	Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento
1 DIETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		E.V.		24H	17/07/2018 10:49:41
3 DIPRIVONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	17/07/2018 10:49:41
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 ONDANSETRONA	4,0	ML		E.V.		8/8H	17/07/2018 10:49:41
Diluir em SOLUÇÃO Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
5 CLARIZAZONE 40MG INJETAVEL COM 100UNITS	40,0	ML		E.V.		1X AO DIA	17/07/2018 10:49:41
6 INJ. CPGG	0,0						17/07/2018 10:49:41
7 INJ. CBBR	0,0						17/07/2018 10:49:41
8 TANIDROPA EFG	0,0						17/07/2018 10:49:41

29 de Julho de 2018

LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05
29/07/2018 10:49:41

Assinatura → Câmbio do Profissional

HOSPITAL ESTADUAL DA SUA
CORONEL FERREIRA
COREN-PB 484.130

ASSISTÊNCIA PREVIDENCIÁRIA
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATIZADOR H

PREScrição MÉDICA

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

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA Motivo do Aconditamento	Data de 25/08/1971 Enfermada / Leito	Idade 46a 11m 3d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110060	Data Prescrição 28/07/2018 10:40:07
Convenio SUS	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05			Validade da Prescrição 28/07/2018 17:00:00 - 29/07/2018 17:00:00		

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	11/08/18
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		SBH	11/08/18
Diluir em ÁGUA DESTRALADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		SBH	11/08/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		IX AO DIA	11/08/18
6 SSVV + CICG	0.0						
7 HGT 1000	0.0						
8 AFERIR PA E FC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUERRA TORRA
CRM 6018

Rita de Cássia da Silva
Enfermeira
COREN-PB 484.130

Assinatura e Carimbo do Profissional

28 de Julho de 2018 10:40:07

ANEXO PREVIAVISCA SIM
02 JAN 2019
PROTÓCOLO
JUVENTUDE PESSOA

Data: 27/07/18 10:17
Usuário: MAURO DE
Boleto: 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

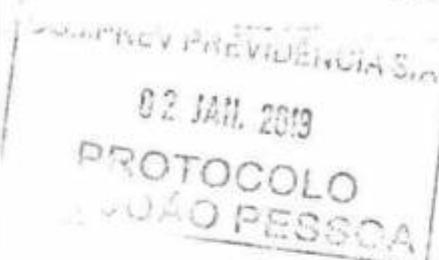
Nome	Ident. do paciente	Data	Ident.	Sexo	Nº	Nº do ato	Data Previsão
JOÃO DE FREITAS GUERRA TORRA	24681071	07/07/2018	MARCIUS BAN	1096323	1096323		27/07/2018 10:17:45

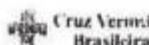
Nome do medicamento	Dose	U.M.	orientação de Uso	Via Uc	Veloc. inf.	Pos	Agravamento
1 DIETA	0.0			ORAL			07/07/2018 10:17:46
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	10/07/2018 10:17:46
3 DIPRIFLOR 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	10/07/2018 10:17:46
Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6/6H	10/07/2018 10:17:46
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 UMEDICAT 40MG. INJETAVEL 1ML DILUENTE	40.0	MG		E.V.		IN AODA	10/07/2018 10:17:46
6 SEVY - CGC	0.0						
7 HGT BHS	0.0		10 (100)				
8 TALUKER 500 MG	0.0						

JOÃO DE FREITAS GUERRA TORRA
CRM: 2910

✓ Dose: 1500 ml de suco
✓ dose: 60ml de diluente

Dr. Mauro Guerra
Médico de Plantão
Assinado no Cetim do Profissional
27/07/2018





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

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



PREScrição MÉDICA

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA Motivo do Atendimento		Data de 25/06/1971	Idade 46a 11m 1d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição: 26/07/2018 09:04:34
Convenio: SUS		Enfermagem / Leito: AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição: 26/07/2018 17:00:00 - 27/07/2018 17:00:00			
Matricula			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.		6/6H	
4	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		6/6H	
5	ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6/6H	
6	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		6/6H	
7	OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
8	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	
9	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		12/12H	
10	SSVV + CCGG	0.0						
11	HGT B/RHS	0.0						
12	AFERIR PA E FC	0.0						

26 de Julho de 2018

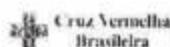
THAISE AGRA TEIXEIRA

CRM: 5247

Diluir 100 ml *05*
(diluir 2,10)

Assinatura e Carimbo do Profissional

02/07/2018 PREVISTO 09:00
02 JUL 2018
PROTÓCOLO
S. JUÃO PESSOA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, SENADOR H.

Data: 25/07/18 12:48
Usuário: MAURO DE
Boleto N.º 1098323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Motivo de Alergamento	25/08/1971	48a 11m	MASCULINO	1098323	110050	25/07/2018 12:48:48
Convenio SUS		Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição
		AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05					25/07/2018 17:00:00 - 26/07/2018 17:00:00

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	37 23 05 AM
3 CIPRIFLONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	37 23 05 AM
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V		6/6H	37 23 05 AM
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
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	37 05
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 SSVV + CCCG	0.0						
8 HGT 500HS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

12/12H - 24H - 37 23 05 AM

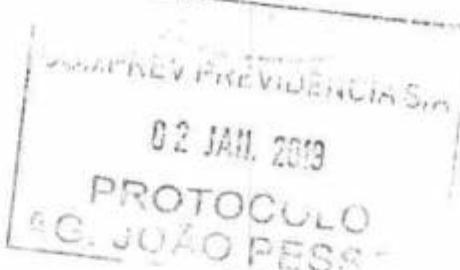
25 de Julho de 2018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

25/07/2018 - Due Pronto Soc. - Diurina

Priscilla Patrícia de Araújo
COREN PB 12 405 E

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha
Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMATOSE ADOR H

Data: 24/07/18 11:39
Usuário: MAURO DE
Boleto: 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

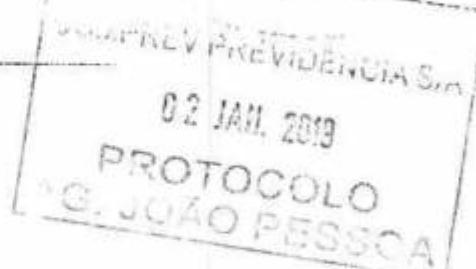
Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 10m 29d	MASCULINO	1096323	110050	24/07/2018 11:39:04
Motivo do Atendimento:	Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição
Convenio SUS	AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05					24/07/2018 17:00:00 - 25/07/2018 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			24/07/2018 11:39:04
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		E.V.		24H	12 23 40
3 DIPRIVONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	12 23 05 11
4 DÁVIR em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		8/8H	12 23 09 11
5 ONDANSETRONA	4,0	ML		E.V.		8/8H	12 23 09 11
6 DÁVIR em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		8/8H	12 23 09 11
7 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40,0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
8 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	12 05
9 DÁVIR em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		12/12H	12 05
10 SSVV + CCGG	0,9						
11 HGT BSHB	0,0						
12 AFERIR PA E FC	0,0						

24 de Julho de 2018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

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 isocôricas e fotorragentes. Glasgow 15. Abdomen sem queixas. consciente 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: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 61 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1102789



Identificação do paciente

ID 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Sexo Masculino
Data de nascimento 25/08/1971	idade 46 anos 11 meses 27 dias	Estado civil	Religião
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Pai JOAO FERNANDES DE SOUZA
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 Crs 702800677574464	
Local de procedência PEDRO REGIS		Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade JACARAU	CBO/R	

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 21/08/2018 00:06:44	Número da pulseira 1000006100536	Comprovante SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente trazido de outra Instituição com quadro de desorientação, em uso Ozandente, SVD, desorientado.

02/08/2018 00:06:44
CID: 45 481141
COR3545 481141

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Tempo
26seg

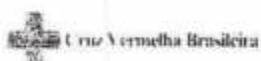
Imprimir

CIA/PIREV PREVIDÊNCIA S.A.

02 JUN 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

21/08/2018 00:06:44



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	Telefone de Contato (83) 991260182
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Prontuário 1100050
Endereço CLITER, 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

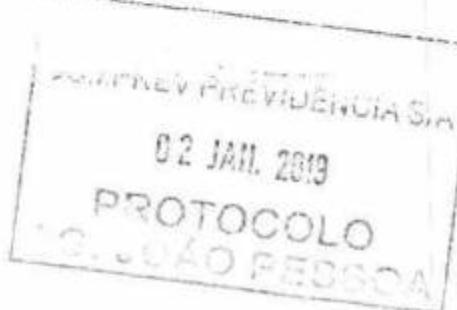
CID10

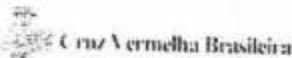
Código	Descrição
I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Conduta

Em observação

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

ORLANDO RODRIGUES SANTOS
(CRM: 1267/PB)



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	Prontuário 110050
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	UF PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 00:06:44			Data/Hora Prescrição 21/08/2018 01:24:39	Nº Cons. Regional 7423/PB

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
Assessor Clínico
RM/11

EXAME LABORATORIAL

PROGRAMA

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

02 JAN 2019

PROTÓCOLO
DE TCC REFECCADA

Conduta

Em observação

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

Unidade de
Atendimento

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 27/08/18 11:59
Usuário: KATIA XAVIER
Boleto: 1102789


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 da Atenção Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição AREA LARANJA - UDC B / 0004	27/08/2018 17:00:00 - 28/08/2018 17:00:00
Convenio SUS				Matricula		Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
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.		6/6H	
Outr em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	
5 DIPRORNA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	
6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação SE HGT70	E.V.		ACM	
7 HEPARINA SÓDICA 5.000UI/9,25ML (AMPOLA 9,25 A 9,35ML) - 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: ÁGUA FILTRADA 100ML VO 6/6H				
12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						

27 de Agosto de 2018

KATIA XAVIER DUARTE SARDENBERG
CRM: 6548

Assinatura é Carimbo do Profissional

EMERGÊNCIA PREVIDÊNCIA S. C.
02 JUL 2019
PROTÓCOLO
C. S. U. D. O. P. E. S. C. A.

Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 26/08/18 17:05
Usuário: JOELMA PEDRO
Boleto: 1102789


PREScrição MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 47a 1d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 1100050	Data Prescrição 26/08/2018 17:00:00
Motivo do Acometimento	Enfermaria / Leito AREA 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	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			16/08/18
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	16/08/18
3 CLINOMYCINA 600MG(AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		BIS/8H	16/08/18
Diluam: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					16/08/18
4 CEFEPMINA 1G (FRASCO/AMPOLA)	1000,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML SF0,9%	E.V.		BIS/8H	16/08/18
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	16/08/18
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	16/08/18
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	16/08/18
8 HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		S.C.		12/12H	23/08/18
9 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,0						
10 HGT SIRS	0,0						16/08/18
11 AFERIR PA E PC	0,0						16/08/18
12 III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: ÁGUA FILTRADA 100ML VD 6/6H				16/08/18
13 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						

26 de Agosto de 2018

JOELMA PEDRO DA SILVA
CRM: 10222

Assinatura e Carimbo do Profissional

02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
C. GUAD PESSOA

Data: 25/08/18 09:58
Usuário: CIBELLE AMORIM
Boletim 1102789


PREScrição MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 47a	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1102789	Nº Prontuário 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 - 26/08/2018 17:00:00			
Convenio 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 FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.	500ML	24H	
3 CLINDAMICINA 600MG(AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4 CELEPIMA 10 (FRASCO/AMPOLA)	1000,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML SF 0,9%	E.V.		6/6H	
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	
8 HEPARINA SODICA 5.000U/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		(S.C.)		12/12H	
9 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,0						
10 HGT 6/6H	0,0						
11 AFERR PA E PC	0,0						
12 B - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: ÁGUA FILTRADA 100ML VO 6/6H				
13 FIBIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						

25 de Agosto de 2018

CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA
CRM: 8036

Cibelle Amorim Ricarte de Oliveira
Assinatura
Data: 25/08/2018

Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha
Brasileira
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA S. AIOR H

Data: 24/08/18 14:01
Usuário: JOSE CORREIA
Boleto: 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				Validade da Prescrição 24/08/2018 17:00:00 - 25/08/2018 17:00:00		
Convenio: 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 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.		6/6H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 1000ML)	100,0	ML		E.V.		1X AO DIA	
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	

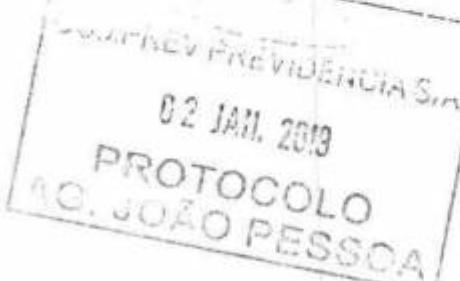
24 de Agosto de 2018

Dr. José Correia Souza
Médico/ Infectologista

CRM-PB 6620/GIN-P22051 Assinatura e Carimbo do Profissional

JOSE CORREIA DE SOUZA
CRM: 6620

Luzia Alves Costa
COREN-PB 44401-CF



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SÉRVICO H

Data: 23/08/18 12:21
Usuário: JOELMA PEDRO
Boleto: 1102789

PREScrição MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 29d	MASCULINO	1102789	110050	23/08/2018 12:21:43
Motivo de Atendimento	Enfermagem / Letras			Validade da Prescrição		
	AREA LARANJA - UDC B / 0004			23/08/2018 17:00:00 - 24/08/2018 17:00:00		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos.	Aprazamento
1. DIETA	0,0			ORAL			1 (CIMA)
2. SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	35 27
3. CEFTRIAXONA 1G INTRAMUSCULAR	1,0	G		E.V.		12/12H	10 05
4. CLINDAMICINA 600MG/AMPOLA 4ML	4,0	ML		E.V.		8/8H	17 25 05 14
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	17

23 de Agosto de 2018

JOELMA PEDRO DA SILVA
CRM: 10222

Assinatura e Carimbo do Profissional

22/08/2018
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
S. JUÃO PESSOA

P
PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA HIPOSSODÍCA	0,0		Observação ASSISTIDA	ORAL			ATENÇÃO
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.	1/2	24H	3,25x20
3 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	24
4 CEFTRIAXONA 1000MG IV	1000,0	MG	Observação D0 Início 21/08/18	E.V.		12/12H	24
5 CLINDAMICINA 600MG(AMPOLA 4ML)	4,0	ML	Observação D0 Início 21/08/18	E.V.		6/6H	24
6 DIPIROCA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação se dor ou febre	E.V.		6/6H	24
7 BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação se náuseas ou vômitos	E.V.		6/6H	24
8 I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação:Mudança de decúbito de 2/2h				

22 de Agosto de 2018

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9065

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA

Assinatura e Carimbo do Profissional

06h SVD = 400 - desf



Cra Vermeiro HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

Data: 21/08/18 14:13
Usuário: FELIPE
Boleto: 1102789



PREScrição MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Agravamento	
							E.V.	CONTINUA
1 CLORETO DE SÓDIO 0,9% (AMPOLA 10mL) - ALTO RISCO	100,0	ML	Observação: + 900 mL de SF 0,9%, BIC: 42 mL/h					21 de Agosto de 2018

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9085

João Pessôa PB 21/08/2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPRA PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA		25/08/1971	48a 11m 27d	MASCULINO	1102789	110060	21/08/2018 07:47:45
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição		
Convenio: SUS					21/08/2018 07:47:00 - 22/08/2018 07:47:00		

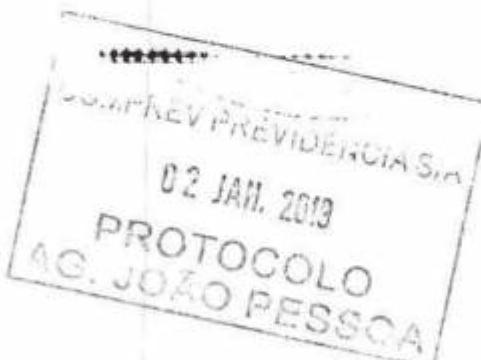
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos.	Aprazamento
1 DIETA HIPOSSODÍCA	0,0		Observação: ASSISTIDA	ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.		24H	<i>✓ 8/8</i>
3 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	<i>✓ 8/8</i>
4 CEFTRIAXONA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

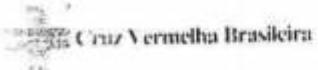
21 de Agosto de 2018

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9065

Assinatura e Carimbo do Profissional

Curral 1300 ✓





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: KATIA
XAVIER DUARTE
SARDENBERG
Em: 27/08/2018 11:55:43

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 (KATIA XAVIER DUARTE SARDENBERG - 27/08/2018 11:54:52)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RNC SECUNDARIO A PNEUMONIA
ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO - TEVE ALTA DO HETSHL EM 14/08

PACIENTE VIGII SEM INFERCORRENCIAS APRESENTANDO GLASGOW 13

ACV: RCR 3T BCNE SEM SOPROS

ACV. RCR 21 BCN1 SEM 3
AB-ML EM AHT SEM RA

ABR: ELACIDO, DOLORIDO EM BV, SWEM BEXIGOMA

CR: AGUARDANDO HEMOCULTURA

SOLICITO LABORATÓRIO P/ PROGAMAR ALTA HOSPITALAR

Kathy A. Dierckx et al. / 207

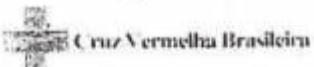
W. A. BROWN

Número Conselho: 6548

Sessão: ÁREA 1 ARANJÁ - UDC B Leito: 0904

Seção: ÁREA CARANJA - UDC B - EVR0: 0004
Profissional responsável pela Informação: KATIA XAVIER DUARTE SARDENBERG

MPREV PREVIDÊNCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
Nº C. JUÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: JOELMA
PEDRO DA SILVA
Em: 26/08/2018 17:05:56

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

Evolução médica (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

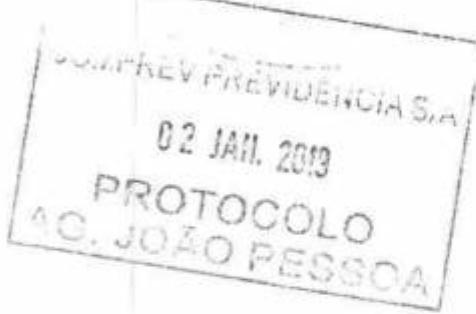
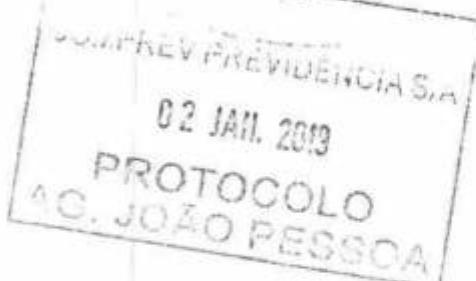
ABD: FLACIDO, INDOLOR

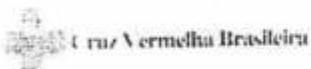
CD: AGUARDA HEMOCULTURA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

Número Conselho: 10222





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Impresso 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

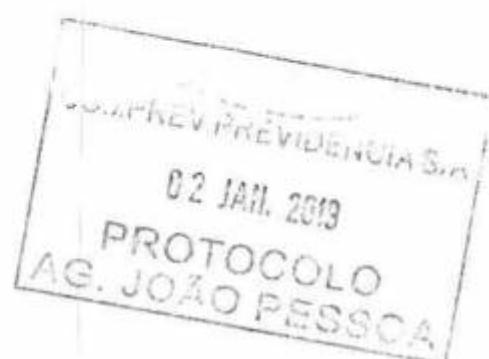
HB=13

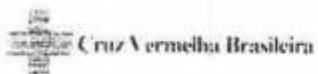
CD: AGUARDA HEMOCULTURA + VPM + TROCO CEFTRIAXONA POR CEFEPIME

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

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

Evolução Médica (JOELMA PEDRO DA SILVA - 23/08/2018 12:22:41)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE VIGIL, NÃO PARESENTOU INTERCORRÊNCIA

CD= MANTIDA

Seção: ÁREA 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 Lucena



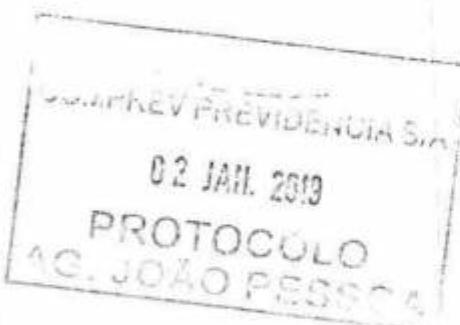
GOVERNO
DA PARAÍBA

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 DEFÍCITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFÍCIT MAIS NOTADAMENTE E ANTÁLGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFÍCIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERÍSTICAS ANTÁLGICAS 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 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 DEFÍCITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFÍCIT MAIS NOTADAMENTE E ANTÁLGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFÍCIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERÍSTICAS ANTÁLGICAS 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 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 DEFÍCITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFÍCIT MAIS NOTADAMENTE E ANTÁLGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFÍCIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERÍSTICAS ANTÁLGICAS 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 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:			

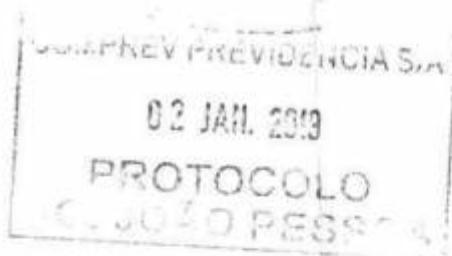
Data: 14/08/2018

FERNANDO ROBERTO GONDIM
CABRAL DE VASCONCELOS
CRME 8267 - PB









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: ESPOUNDIOPATIA 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

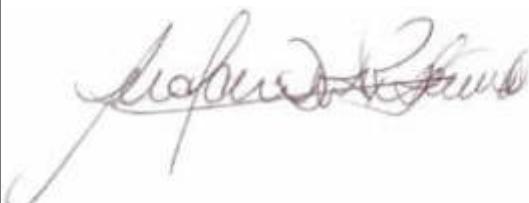
Grupo: EQ3

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 HEMIPLÉGIA 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 sequelas

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: Valdir Fernandes de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Agricultor Nº DO RG: 165.219-6
ORGÃO EMISSOR: SSP/PR DATA DE EMISSÃO: 26/08/91
Nº DO CPF: 834.096.744-15 ENDEREÇO: Sítio União, s/nº, Área
Rural, Pedro Reis/PR, cep 58273000

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 Vítima Extravagante de Seguro, 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 Regis - PB, 29 de Setembro 2018.

↳ Valdios Formen der Sozialismus

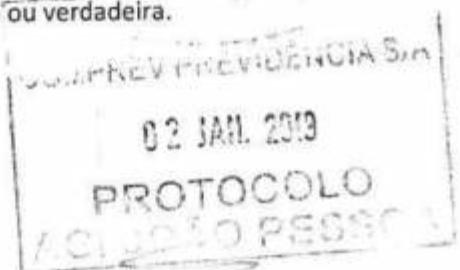
Outorgante

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



 Autenticidade
Reconheço e Firma Pedro Régis
Pedro Régis dou fé
Em test^o 25/09/2018 da Verdade
Pedro Régis 25/09/2018

Setor Digital nº A-HNS2019
Consulta autêntica em: 20/11/2019
Habilitado para uso judicial



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001807/19

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

CPF: 874.096.744-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2018

Titular do CPF: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

RENATO LUNA DIAS