



Número: **0801533-15.2019.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **05/11/2019**

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

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO JOVENTINO PESSOA (AUTOR)	NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31105 571	29/05/2020 11:35	<u>2722514_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321121 **Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Data do Acidente: 15/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO JOVENTINO PESSOA

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, contados 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

Carta nº 14467619





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, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321121 **Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Data do Acidente: 15/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0002/00022 - carta_02 - INVALIDEZ



00060011

Carta nº 14498504



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 2



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, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321121

Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

Data do Acidente: 15/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOVENTINO PESSOA

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01785/01786 - carta_03 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Carta nº 14541446

Num. 31105571 - Pág. 3



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321121 **Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Data do Acidente: 15/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO JOVENTINO PESSOA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01659/01660 - carta_04 - INVALIDEZ



00770830

Carta nº 14910268



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 4



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:	
	001.770.894-07	Severino Joventino Pessoa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	001.770.894-07
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
agricultor	rua comesa velha	04	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Alto dos Bento	curitiba	PR	58.167-000
E-mail:	Tel.(DDD): 63 99912-5490		
NILO DANTAS @ HOTMAIL.COM			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6 CONTA: 543353
 (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: Vivos: 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.

Local e Data: 2019/07/15/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Joventino Pessoa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREV
 CPF: 145.100.000-00

2º | Nome: PROTOCOLO
 CPF: 145.100.000-00

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.

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2^ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
13^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICUÍ/PB
DELEGACIA DE CUBATI/PB
Tel (83) 3385-1353



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 06/2019

DATA DO FATO: 15/06/2018

HORA DO FATO: Aproximadamente às 18:35h

LOCAL DO FATO: Rodovia PB 177, próximo ao Sítio Alto do Umbuzeiro, São Vicente do Seridó/PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
Às 14:55h do dia 15/04/2019.

DO COMUNICANTE E VÍTIMA: SEVERINO JOVENTINO PESSOA, brasileiro, divorciado, agricultor, natural de Cubati/PB, nascido aos 21/04/1953, RG: 1880085 SSDS/PB, CPF: 001.770.894-07, filho de Genesio Joventino Pessoa e Maria José da Conceição, residente à Rua Canoa Velha, nº: 04, Bairro Alto dos Bentos, Cubati/PB, fone: (83) 9.8601-0435.

Motivo: Acidente de Trânsito Motociclistico

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante e vítima que em data, horário e local supracitados seguia sozinho com destino a São Vicente do Seridó/PB conduzindo a motocicleta: Honda/NXR 125 BROS ES; Ano/Modelo: 2013/2014; Cor: Vermelha; Placa: OXO 5868/PB; Chassi: 9C2JD2320ER000996; Renavam: 59377203-2; Registrada e Licenciada em nome de: Francisco Tavares de Oliveira, CPF: 023.651.994-88, quando colidiu na lateral direita de um caminhão não identificado, conduzido por indivíduo não identificado que seguia em destino contrário. Que desta colisão o comunicante veio a cair na rodovia sofrendo fratura na clavícula esquerda e na cabeça. Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB e logo após foi cirurgiado na cabeça no Hospital Antonio Targino também em Campina Grande/PB, passando 11 dias em estado de coma. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: S. Severino B. M. P. Oliveira

Allyson Gleytson Dantas Oliveira
Agente de Investigação
Matrícula: 181.842-2





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:	
	001.770.894-07	Severino Joventino Pessoa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	001.770.894-07
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
agricultor	rua comesa velha	04	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Alto dos Bento	curitiba	PR	58.167-000
E-mail:	Tel.(DDD): 63 99912-5490		
NILO DANTAS @ HOTMAIL.COM			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0493 CONTA: 543353 <input type="text"/>
(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: Vivos: 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.

Local e Data: 001.770.894-07, 15/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Joventino Pessoa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF: 145.100.000-00

2º | Nome: PROTOCOLO
CPF: 145.100.000-00

Assinatura: 145.100.000-00

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.

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



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SÁUDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU SOLEDADE



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 15/6/2018	HORA: 18:35	ID Nº: 1703538 USA 31
NOME: SEVERINO JOVENTINO PESSOA		
QUEIXA: COLISÃO CAMINHÃO COM MOTO		
LOCAL: SITIO ALTO DO UMBUZEIRO		
COMPLEMENTO: PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL		
CIDADE: ENTRE SOLEDADE E CUBATI		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 20 de março de 2019.

Glauca Michaele F. Costa
GLAUCIA MICHAELLE F. COSTA
Coordenadora SAMU
COREN 284.878

Coordenação
SAMU Soledade 192



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Horácio da Costa Lima, Centro CEP: 58155-000 Soledade-PB



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não valor fiscal.
Documento não é negocial-á-lo de conta.
Solicita mais informações à Norma da sua fiscalidade da entrega notifica - N° 028.664.194

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA
Br 330, Km 25 - Criciúma Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58871-400
CNPJ 00.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

TERCIO DAMIÃO PESSOA
SIT CANOA VELHA S/N
CUBATÓ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1584368-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	25/07/2019	50	01/08/2019	R\$ 48,67

Acesse www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/08/2019				
Pagador: TERCIO DAMIAO PESSOA CNPJ/CPF: 087.660.754-75				
SIT CANOA VELHA S/N - AREA RURAL - CUBATI / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004393995	001584368201907	01/08/2019	R\$ 48,67	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291135134910000029854127>
Número do documento: 2005291135134910000029854127

Num. 31105571 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERINO JOVENTINO PESSOA inscrito (a) no CPF sob o Nº 001 770 894, 07

do sinistro de DPVAT cobertura INVAUNTEZ da Vítima SEVERINO JOVENTINO PESSOA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001 770 894, 07, 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 Lider-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: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB CEP: 58187-000
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274	

Local e Data: Picuí/PB, 07 de MAIO de 2019.

Assinatura do Declarante



DLDRL.001/V001/2017

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1674501 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.205/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mâltivias, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/06/2018

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Merval De Sousa Melo

PACIENTE: SEVERINO JOVENTINO CEP: Nascimento: 31/12/1969

PESSOA 65 ANOS

Endereço: Sexo: Telefone:

Cidade: Idade: 02018 Bairro:

Nome da Mãe: RG: N.º.º

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de CNS:

Motivo: QUEDA DA PROPRÍA ALTURA Hora: 21:14:32 CONVÉNIO: SUS

Medico: CRM:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Cretinismo
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Erisísmo subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contusão
16. F. Contuso-contuso
17. F. Perfurado-contuso
18. F. Perfurado-contusão
19. Fratura deslocada
20. Fratura exposta aberta
21. hematomas
22. Injúriamento venoso
23. Laxidez
24. Laxidez-tensão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Atropinamento paroxusal
28. Olho aberto
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Perda
32. Paralisia
33. Quimadura
34. Rictus
35. Síndrome da isquemia
- 36.

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID: Poli-trauma.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente trazido pelo SAMU. Sem protocolo, nenhuma dor coluna/moto - comichão, sem capacete. Alcoolizado. Referiu dor HIG. Um braço com pinhas, 3/ edar cervical. D = 48 s/ alterações /SAT 0 = 99%. C = Pessoal cheio. PA = 135x80. FC = 88. D - Abdomen. S = Escoriações pelo corpo; Abd. infecc.

ALERGIA: Negativa

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: Negativa

EXAME FÍSICO

PUPILAS Difotoreagentes (Isocônicas) (Anisocônicas) Glasgow 15 PA HGT: Sat 92

Não combina o que aconteceu.

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

Ultrassonografia () Tomografia () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: MCR, 35 Dia 15/06/18

Especialista: Ortopedista, 35 Dia 15/06/18

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona, Tilitil, Teamol, Captopril (SAMU)	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DR. Fábio



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Severino Joventino Rezende		HD: Pol. 1	SETOR: Internado	LEITO: 11	DATA: 15/06/18
HORÁRIO	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 12H				
P. ARTERIAL	100/72	104/72	107/70		
PULSO/FC	25	30	20		
TEMPERATURA	36,5	36,4	36,5		
RESPIRAÇÃO	20	20	20		
SAT. 02	-	-	-		
PVG	-	-	-		
PIA	-	-	-		
HGT	60	30			
	I N F U S Õ E S V E N Ó S A S				
SF 0,9%	500	500			
SRL					
SG 5%					
SORD EXTRA					
SEDACÃO					
ANALGESIA					
MEDICAÇÕES					
NORA					
DORA					
HEMODERIVADOS					
NPT					
	I N F U S Õ E S V E N Ó S A S				
DIETA					
ÁGUA					
MEDICAÇÕES					
	D R E N A G E N S				
SNG/VÓMITOS					
FESES					
DIURESE	500	500	500		
HEMODIALISE					
DRENO TÓRAX D					
DRENO TÓRAX E					
DRENO SUCCÃO					
D. CAVITÁRIO					
DVE					
	GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=	PERDAS 12H NOITE=
	GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML=		BH 24H=
	ASSINATURA:		ASSINATURA:		

COMPREV
SEGURÓ E PREVIDÊNCIA SIA
14 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AC. JOAO PESSOA



10/05/2018



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1674983 CLASS: DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 10/05/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araújo Junior

PACIENTE: SEVERINO JOVENTINO CEP:58167000 Nascimento:21/04/1953

PESSOA

Endereço:MANUEL DE BARROS Sexo:M Telefone: 987076019

Cidade: Cubati Idade:065 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO RG: 1880085 N°:4

Responsável: TERCIO DANIEL PESSOA CPF: 00177008940 Profissão:AGRICULTOR

Estado Civil:Solteiro(a) Data de Atend:16/05/2018 CNS:700704987268580

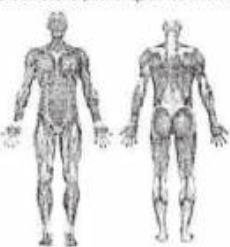
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 17:42:27 CONVÉNIO:SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abraço
2. Amputação
3. Avultado
4. Contusão
5. Crepitação
6. Des
7. Edema
8. Empalhamento
9. Envenenamento subcutâneo
10. Envenenamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contuso
16. F. Conto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea ferrada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Hémodatoma Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paroxístico
28. Objeto Enrroado
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Paroxismo
32. Paroxistico
33. Quimadura
34. Rinsografia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Portal Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Clinicas

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sa102

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia;
() Radiografia ()
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ hs. _____ Dia. _____ / _____

Especialista: _____ / _____ hs. _____ Dia. _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127

Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 14

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Nome: Sorenino Javentino Pessoa
Idade: 65 Data de Nascimento: / /
Leito: 31

Data	17/06						17/06					
Evacuação							BE					
Ganhos							HCO ₃					
Perdas							FiO ₂					
Balanço							Lactato					
Bal. Cumul.							Glicose					
Sangue							Uréia	53				
Diárese							Creatinina	0,6				
Perdas SNG							Sódio	143				
Drenos							Potássio	3,7				
Temp. min/max							Cloro					
Hemácias	<u>4,06</u>						Cálcio					
Hematórito	<u>33,0</u>						Fósforo					
Hemoglobina	<u>12,3</u>						Magnésio					
Leucócitos	<u>9.700</u>						Proteína					
Bastonetes	<u>3,0</u>						Albumina					
Segmentados	<u>85</u>						Globulina					
Esoxidófilos	<u>0</u>						Bilir. Tol.					
Basófilos	<u>0</u>						B. Direta					
Linfócitos	<u>12,0</u>						B. Indireta					
Monócitos	<u>2,6</u>						Fosf. Alcal.					
Plaquetas	<u>186.000</u>						Amilase					
TP							TGO					
TEPa							TGP					
pH							DHL					
PoO ₂							CPK					
PaCO ₂							CK - MB					
Sat. O ₂												

MOD. 910

NOME	<u>Sorenino Javentino</u>			GOVERNO DA PARAIBA	SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE			
IDADE	<u>65</u>	INFERMÁRIA	<u>2</u>	LEITO:	<u>02</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
H.D.	<u>TCE</u>	ADMISSÃO	<u>25/06/18</u>	HORA	<u>T</u>	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS		
PROCEDÊNCIA:						ORENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante, Débito		
						Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente		
						<input type="checkbox"/> Edema: Região <input type="checkbox"/> Cefalos		
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRP <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> I. Rnal <input type="checkbox"/> Cetra Neur <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM						CONDUITA PROPOSTA INICIALMENTE		
Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:						<input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2		
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia						<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decubilado <input type="checkbox"/> Cinatoterapia <input type="checkbox"/> MRP		
HDA: <u>Facial, cefaléia e dor lombar</u> <u>Cor cefaléia (5/5).</u>						<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sentença		
						<input type="checkbox"/> Osteossíntese <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação muscular		
						<input type="checkbox"/> Respiradoinferior <input type="checkbox"/> Treino muscular, Pro decubilado		
SV: <u>FC</u> <u>RR</u> <u>FR</u> <u>Imp. PA:</u> <u>SPO2</u> <u>S. T.</u> <u>TC</u>						Outros:		
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grav <input type="checkbox"/> Gravíssimo						Observações: <u>Int. reabilitação parcial</u> <u>Cor cefaléia</u>		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input checked="" type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow								
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal						CONDUITA PROPOSTA INICIALMENTE		
Trotismo: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal						<input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2		
Relax.: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Normal						<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decubilado <input type="checkbox"/> Cinatoterapia <input type="checkbox"/> MRP		
Força muscular (0-6): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sentença		
Bloquios Articulares (Regiões)						<input type="checkbox"/> Osteossíntese <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação muscular		
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR						<input type="checkbox"/> Respiradoinferior <input type="checkbox"/> Treino muscular, Pro decubilado		
S. Expresso: <input type="checkbox"/> S. Sem alterações								
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2								
O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O2EN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi %								
Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório, Fluxo _____ l/min								
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> DAN <input type="checkbox"/> Tragus supraestriatal <input type="checkbox"/> Tragus intercostal <input type="checkbox"/> Tragus subcostal								
Dano de músc. acessórios Insp. (Ep. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnédia <input type="checkbox"/> Bradipnédia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estriol) _____								
OBSTRUÇÃO DE VASO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: <u>TCE</u>		
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diaphragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial								
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica								
Auscultação Pulmonar: _____ Rítm. X Térax: _____						Campeu Grande.		
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz						Sébastião Cezar Lira Fisioterapeuta GNESTO - 110		
SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantidade: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.						<u>25/06/2018</u>		
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta								
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha						Fisioterapeuta CHEFITO		



paciente nolvi FGR
dormenti, orientab, acionando
espontaneo. Em Marche
Orienta-se e galita.
mudando
extremo
preveras
mudando

21/06/18
pt. 110/70

10.00 Paciente transferido para hospital
don Antonio Tapia y González. Trasladado
en ambulancia de la recamara 200. Tercera
columna.

Tats dipende de
reserva a 11:00 horas
paciente con Dr.
la 820-300 mwhg



2-2

neuro

Paciente:	jeferson	
	Prescrição Médica	EVOLUÇÃO MÉDICA
<p>DHE 3A livre</p> <p>SFD 9% 2000 mL er 24h</p> <p>Digoxina 2mg (granal) + acid 10 mL i.v. 6h</p> <p>Naurocitamina 400 mg I.V. EM 8 HORAS se necessario</p> <p>Coloprocto 1000mg + SFD 9% 2000mL IV 12/12h</p> <p>Omeprazol 40mg 1 a.m + abc 10 mL I.V. ao dia</p> <p>Captopril 25 mg VO se p/ maior egral a 180 + 110 mmHg</p> <p>CABECEIRA ELEVADA</p> <p>SSVY + CCOG</p>		
<p>mult dm</p> <p>comun</p> <p>cr vr</p>		
<p>Equipe de Neurocirurgia - Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes</p> <p>Dr. Nelson Wagner de S. Pedro</p> <p>18 JUN. 2013 C</p> <p>Guarabira - PB</p>		

Pt. orientado, fralda clavicular, ad-
mitido da sua Vermelha, da trai-
do falso, lentes; medicas C.R.

Atendido

17/06
20/06
01/07/20





Prontuário 939683	Atendimento 2296508	Reserva/Guia *INTERNACAO
Paciente SEVERINO JOVENTINO PESSOA [CPF: 177089407]	Sexo Est. Civil M	Data 21/06/2018
Endereço RUA MANOEL DE BARROS	Dt Nasc. 21/04/1953	Telefone 987076019
Bairro CENTRO	Num. Complemento 4	R.G. 1880065
Nome da Mãe MARIA JOSE DA CONCEICAO	Cidade CUBATI	Profissão
Responsável EVERINO JOVENTINO PESSOA	Endereço RUA MANOEL DE BARROS	UF PB
Sexo M	Cidade CUBATI	
Médico Atendente 010964 MARCOS WAGNER DE SOUSA PO [CRM: 5652] CPF: 85340820491]	Médico Acompanhante	COMISSÃO DE ARQUIVO
Procedimento	Cid	4
utor 009 SECRETARIA SUS	Convênio 50 SUS	Dr. Marlucé Cep 58167000
comodação	Origem	Dr. Italo César
ESTO: - ENFERMARIA - LEITO: ata min. para alta - 21/06/2018 Data máx. para alta - 21/06/2018	Atendente - WILMA	Dr. Luciano Holanda
esumo de Tratamento		Enfa Andrezza
companhante.....? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data admissão 21/06/2018	D. Atanásia
ternação anterior..? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data alta 26/6/18	
Alta....: Curado...: <input type="checkbox"/> Melhorado...: <input checked="" type="checkbox"/> Inalterado...: <input type="checkbox"/>	Hora admissão :	Hora alta 08:00:
Piorado...: <input type="checkbox"/> A pedido...: <input type="checkbox"/> Indisciplina...: <input type="checkbox"/>		
Transferido...: <input type="checkbox"/> Falecimento...: <input type="checkbox"/> Evasão...: <input type="checkbox"/>		Clinica..: Médica...: <input type="checkbox"/> Cirúrgica...: <input type="checkbox"/> Obstétrica...: <input type="checkbox"/>
agnóstico:		Cid 5069
ternação.: <i>Mutis natal</i>		
efinitivo...: 041500012 WJ99		
stórico:		
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS		
i - 1	Raio X:	Uti
m - 2	<input type="checkbox"/> Simples	Entrada ____ / ____ / ____
nsf - 3	<input type="checkbox"/> C/Contraste	Saída ____ / ____ / ____
to - 4		
itivo	Caract. Trat. []	
)]	Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G	Dr. Rafael R. Holanda NEUROLOGIA - FERROGURGIA CRM/PE 1291
		Carimbo e Assinatura do Médico

i - 1
m - 2 Raio X: Uti
nsf - 3 [] Simples Entrada ____ / ____ / ____
lo - 4 [] C/Contraste Saída ____ / ____ / ____

Dr. Rafael R. Holanda
NEUROLOGIA - NEUROCHIRURGIA
CRM-PE 1291
Carimbo e Assinatura do Médico

Sangue..: [] Rh..: [] A [] B [] C [] P []

100% *On the R* *Ac. Acc.*

OMOGRAFIA
22/06/2013
Alexandre da Silva Almeida
41
RX REALIZADO
22/06/18
Alexandre da Silva Almeida
CREF 01110
Técnico em Radiologia





TERMO DE RESPONSABILIDADE

Os abaixo assinados, paciente e seu responsável, AUTORIZAM o corpo clínico do(a) HOSPITAL ANTONIO TARGINO de CAMPINA GRANDE a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico, bem como atos anestésicos, transfusões e realizar todas as investigações que julgar necessárias ao diagnóstico, inclusive exames complementares.

O responsável se compromete ainda pela retirada do paciente dentro de 24 horas após lhe haver dado alta.

CAMPINA GRANDE, 21/06/2018

Paciente: SEVERINO JOVENTINO PESSOA
Responsável: SEVERINO JOVENTINO PESSOA
Endereço: RUA MANOEL DE BARROS 4 CENTRO
Cidade: CUBATI - PB
Telefone: 987076019
Documento: 1880085

TESTEMUNHAS:

abaixo assinado,

Responsável pelo doente X Felis Damiao Pessa

Atesta que o retira deste Nosocomio contra parecer dos médicos que o assistem, assumida inteira responsabilidade por sua ação.

CAMPINA GRANDE, 21/06/2018

Paciente: SEVERINO JOVENTINO PESSOA
Responsável: SEVERINO JOVENTINO PESSOA
Endereço: RUA MANOEL DE BARROS 4 CENTRO
Cidade: CUBATI - PB
Telefone: 987076019
Documento: 1880085

TESTEMUNHAS:

IMO



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

LAUDO RADIODIAGNÓSTICO

O EXAME MOSTRA A PRESENÇA DE ESCLESIOSE AO NIVEL DO RIBORDO LATERAL DA GRANDE TUBEROSIDADE DO UMERO ESQUERDO COMPATIVEL COM PERTINdNITa.





**HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**

Nome: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

Convenio: SUS - INTERNO

Solicitante: JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO

Exame(s): TC CRANIO

Nº Exame: 23559

Data: 22/06/2018

Exame realizado em projeção axial com cortes de 5.0 mm de espessura para a fossa posterior e de 10.0 mm para a região supratentorial.

Evidenciamos imagem hiperdensa, ovalada, com halo de edema, medindo aproximadamente 2.5 x 2.0 cm nos maiores diâmetros, localizada na região cortical e profunda do aspecto ântero-inferior do lobo temporal esquerdo. Observamos pequena imagem hiperdensa, com halo de edema, exercendo discreto efeito de massa, localizada na cortical do lobo temporal direito.

Sistema ventricular com características morfológicas, volumétricas e topográficas normais.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Ausência de desvio das estruturas encefálicas da linha média.

Calcificações dos plexos coroídes e glândula pineal.

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras encefálicas, notadamente nos lobos frontais e parietais.

As estruturas ósseas apresentam-se tomograficamente preservadas.

Conclusão: Hemorragia subaracnoidea pós traumática.

Contusões cerebrais nos lobos temporais, sendo mais extenso a esquerda.

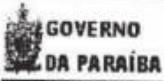
Acentuação dos sulcos corticais e fissuras encefálicas.

CM


Dr. Abelardo da Matta R. Sobrinho
Médico radiologista
CRM - 3901

PEÇA SEU EXAME
ONLINE
OU ENTRE EM
CONTATO
CONOSCO
PRA
CONTRATAR
SERVIÇOS
ESPECIAIS
COM
PREÇOS
ESPECIAIS
PARA
SUS
E
PES





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

Paciente: SEVERINO JOVENTINO

Data do Exame: 20/06/2018

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação:

Análise:

- Persiste o hematoma temporal à direita descrito previamente, bem como as contusões temporais contralaterais, sem alterações relevantes, notando-se discreto aumento do edema perilesional.
- Marcada redução da hemorragia subaracnoidea no atual estudo, notando-se discreto aumento do espaço extra axial.
- Demais achados sem alterações significativas em relação ao estudo base.

2ª VIA

Dr Ygor Barbosa
Médico Radiologista
CRM 7056





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **SEVERINO JOVENTINO PESSOA** Protocolo: **0000409357** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **VALÉRIA ARAUJO DE LUCENA** Data: **17-06-2018 11:38** Origem: **AREA VERMELHA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **65 anos** Destino: **Leito - II**

SÓDIO **147 mmol/l** /

[DATA DA COLETA: 17/06/2018 11:38] Valores de Referência:
Material: Soro Adulto.....: 132 a 148 mmol/l
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS Crianças.....: 134 a 148 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO **3.7 mmol/l** /

[DATA DA COLETA: 17/06/2018 11:38] Valores de Referência:
Material: Soro Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou maior que 6.5 mmol/l
Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l maior que 8.0 mmol/l


Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 17/06/2018 12:14 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C524-F81F-CBF5-6E4B-5A7D-2D12-3081-6CB7



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 23



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **SEVERINO JOVENTINO PESSOA**
 Dr(a): **VALÉRIA ARAUJO DE LUCENA**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES**

Protocolo: **0000409357** RG: **NÃO INFORMADO**
 Data: **17-06-2018 11:38** Origem: **ÁREA VERMELHA**
 Idade: **65 anos** Destino: **Leito - II**

UREIA

[DATA DA COLETA: 17/06/2018 11:38]

Resultado..... **53 mg/dl**

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 17/06/2018 11:38]

Resultado..... **0,6 mg/dl**

Recém-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
 Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
 Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
 EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração da Creatinina
 e Sumário de urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIEHER

Ana Cásia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Emissão: 17/06/2018 12:14 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C975-08A2-56BA-76CF-0867-BCE2-D127-16B7



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
 Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 24



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **SEVERINO JOVENTINO PESSOA** Protocolo: **0000409357** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **VALÉRIA ARAUJO DE LUCENA** Data: **17-06-2018 11:38** Origem: **AREA VERMELHA**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **65 anos** Destino: **Leito - II**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/06/2018 11:37]

Resultados Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.06 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,3 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.700 /mm³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	291
Segmentados.....	83,0	8.051
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfocitos.....		
Tipicos.....	12,0	1.164
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	194
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	186.000 mm³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Ana Cássia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 6411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2AD5-55A3-3051-F93D-7459-A49D-89A6-2957



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
 Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 25

Emissão : 17/06/2018 12:14 - Página 2 de 3

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
PARA A TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores de coagulação, por meio dos concentrados de hemácias, de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos, ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

Riscos:

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar a transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raras ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com estes testes de última geração, existe a possibilidade, por exemplo, de se transmitir vírus da hepatite, com risco teórico aproximado de 1 em cada 1 milhão de transfusões e o vírus HIV, com risco teórico aproximado de 1 em cada 2 milhões de transfusões.

Consentimento:

Após ter recebido as informações acima, dou consentimento ao Serviço de Hemoterapia do Hospital Antônio Targino, a pedido do meu médico, para proceder à administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo dessa mesma doença ou tratamento.

Nome legível:

 PACIENTE*Severino Freireto Pessoa*

Assinatura:

 RESPONSAVEL Identidade 1º

Grau de parentesco:

*Filho*Assinatura: *X*

Campina Grande 25/06/13

Hora: 20:56

Se o paciente não puder assinar esse termo de consentimento, por favor, indique a razão.

Circunstâncias de Emergência / Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para aferição deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome do médico solicitante:

CRM:

Assinatura:

Hora:

Campina Grande: 25/06/13

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

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

Nome do Paciente: Severino Parentino Pessan RG: _____

Nome do Médico: Dr. Marcos Wagner CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

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

Assinatura do paciente e/ou responsável: K

Campina Grande, 21 de 06 de 18

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



: SEVERINO JOVENTINO PESSOA
e: 65 ANOS
0110073622 Dt Coleta: 23/06/2018 - 16:16:23
): ANDRE CAVALCANTI M.JUNIOR/8122
venio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
ssão: 23/06/2018 - 16:50:48 Local: CIRURGICA



Central de Qualidade
ControlLab

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Valor(es) de referência

mEq/L 3,5 a 5,5

Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

Valor(es) de referência

mmol/L 96 a 106

Valor(es) de referência

mmol/L 96 a 106


Dra. Deylane Oliveira Brandão
FARMACEUTICA/BIOQUIMICA
CRF-PB 03922-CPF:062.787.374-26

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 083 2102.5577 083 2102.5555 083 988310102

UNIDADE CENTRO	UNIDADE CATÓLICA	UNIDADE PRATA	UNIDADE CATINGUEIRA	UNIDADE JOÃO XXIII
Av. Sandra Barbosa, 61	Av. Vigário Caixito, 877	Rua Rodrigues Alves, 1049	R. Severino Sezefredo de Almeida, 17	024h Av. Nilo Peçanha, 83 - Prata
UNIDADE INTEGRAÇÃO	UNIDADE CRUZEIRO	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO	UNIDADE QUEIMADAS	UNIDADE ANTÔNIO TARGINO
Av. Sebastião Durão, 25	Av. Almirante Barroso, 1493	Rua Campos Sales, 463	Rua João Barbosa Silva, 77	024h R. Delmiro Gouveia, 343 - Centroário

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

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos

ControlLab

SELO
VERDE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>

Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 29

):
 SEVERINO JOVENTINO PESSOA
 e:
 65 ANOS
 0110073622 Dt Coleta: 23/06/2018 - 16:16:23
):
 ANDRE CAVALCANTI M.JUNIOR/8122
 venio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 ssão: 23/06/2018 - 16:50:48 Local: CIRURGICA



Controle de Qualidade
Control Lab

HEMOGRAMA COMPLETO

<u>ITROGRAMA</u>	<u>Valores Encontrados</u>	<u>Valores de Referência</u>
márias	4,23	milh/mm3 3,90 a 6,70
moglobina	13,7	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
matócrito	38,8	% H: 41 a 55 M: 38 a 49
C.M.	91,7	u3 80,0 - 98,0
C.M.	32,4	pg 26,0 - 32,0
H.C.M.	35,3	g/dL 32,0 - 36,0
W	13,8	11,0 - 14,5
rie Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
<u>UCOGRAMA</u>		
ucócitos	11164 /mm3	3800 - 10000
stonetes	223	0-2 0-500
gmentados	85	46-67 1.820-6.700
sinófilos	1	1-5 36-500
sófilos	0	0-2 0-100
nfóцитos	9	20-35 800-3.500
nfóцитos reativos	0	0-1 0-100
inócitos	3	2-10 72-1000
rie Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
AQUETAS	359000 /mm3	140.000 - 450.000
rie Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	

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

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

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

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 183 2102.5577 183 2102.5555 083 988310102

Dra. Deyane Oliveira Brandão
FARMACEUTICA-BIOQUÍMICA
CRF-PB 03922-CPF:082.757.874-26

UNIDADE CENTRO
 Rua Sandra Borborema, 61

UNIDADE CATOLE
 Av. Vigário Geraldo, 877

UNIDADE PRATA
 Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA
 R. Severino Sozinho de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII 24h
 Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO
 Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO
 Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO
 Rua Campos Sales, 463

UNIDADE QUEIMADAS
 Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO 24h
 R. Delmira Gouveia, 349 - Centro

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

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos

Control Lab

SBLO
VERDE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>

Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 30

SCIENCIENCE: Sérgio Januário Pessoa
ONVÉNIO: SUS SUS PRONTUÁRIO: 939683-2296508 DATA: 23/06/18
IRURGIA: Hemotórax extraclavicular + fistula lúgrica
IRURGIÃO: Dr. Marcos Wagner AUXILIAR:
UXILIA: Diego M. de Oliveira ANESTESISTA: Dra. Janaína
RCULANTE: Técnico de Fotografia TÉCNICO DE FOTOGRAFIA: Diego M. de Oliveira TÉCNICO DE FOTOGRAFIA: Diego M. de Oliveira
RCULANTE: Diego M. de Oliveira TÉCNICO DE FOTOGRAFIA: Diego M. de Oliveira TÉCNICO DE FOTOGRAFIA: Diego M. de Oliveira

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.	
1872	ADRENALINA	06	107329	ADAPTADOR P/ SORO	01	ACIFLEX Nº			
1880	ÁGUA DESTILADA	06	110089	AG. RAQUI 27BD		ALGODÃO C/ A Nº			
1899	AMINOFILINA		120089	AG. RAQUI 25BD		ALGODÃO S/ A Nº			
1929	ARAMIN		161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD		CROMADO C/ A Nº			
2070	ATROPINA		10112	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	04	CROMADO S/ A Nº			
265799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL Nº		ETHIBOND Nº			
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI Nº		FITA CARDIACA			
4650	CEFALOTINA 1g		2299	ALGODÃO HIDRÓFILO	06	MONOCRYL Nº			
122769	CEFAZOLINA 1g	02	9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO		MONONYLON Nº 20	02		
1767	CEFTRIAXONA		801	ATADURA CREPÔN Nº	10	PROLENE Nº			
154866	CETROPROFENO IV		9113	ATADURA GESSADA	00	VICRYL Nº			
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2356	BOLSA COLOSTOMIA		COD.	SOLUÇÕES	QUANT.	
2003	CLORETO DE SÓDIO	01		CANULA TRAQUEOSTOMIA Nº		2330	ÁGUA OXIGENADA		
5304	DEXAMETASONA			CARDA PARA VÍDEO		149217	ÁLCOOL	200	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	02		CATÉTER OXIGÉNIO	01	304000	CLOREXIDINA	500	
2020	DIPIRONA			COLETOR URINA ABERTO		2631	ÉTER	500	
5873	DOPAMINA			COLETOR URINA FECHADO		3603	PVPI DEGERMANTE		
32190	EFEDRINA			COMPRESSAS		3611	PVPI TÓPICO		
5339	FENERGAN			COMPRESSAS 25X25	04	4111	VASELINA		
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE Nº		COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.	
4286	GARAMICINA			DRENO SUCÇÃO Nº		2330	APARELHOS	500	
2046	GLICOSE 50%			DRENO TÓRAX Nº		AR COMPRIIMIDO			
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO			59587	ELETRODO	2615	ASPIRADOR ELÉTRICO		
5398	HEPARINA			2585	EQUIPO MACROGOTAS	601	BISTURI ELÉTRICO		
5380	HIDROCORTISONA			287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	601	CAPNOGRAFO		
2062	METOCLOPRAMIDA			2615	ESPARADRAPO	601	CRANIOTOMO		
37859	NAUSEDRON 5mg			20117	FITA GLICEMIA	142220	INTENSIFICADOR		
69906	OMEPRAZOL 40mg	01		142220	GAZES 7,5X7,5	20P	MICROSCÓPICO CIRUR.		
70181	PROSTIGMINE			GAZES		MONITOR CARDIACO			
70238	QUELICIM	01		3425	GELFOAN		NITROGÊNIO		
28619	RANITIDINA			60917	GILETE	01	OXÍDO NITROSO		
70335	SOLUMEDROL 500mg			GUENDEL Nº	04	OXIGÊNIO			
403792	TORADOL			3468	INTRA-CATH	01	OXÍMETRO DE PULSON		
70971	TRANSAMIN			JELCO Nº	18	VÁCUO			
70572	TILATIL 40mg	01		132709	LÂMINA BISTURI Nº	24405	COD.	SOROS	QUANT.
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.		LUVAS 6,5	02	9156	MANITOL 20%		
70254	ALFENTANILA			111209	LUVAS 7,0	174459	PURISOLE 1000ml		
8888	DIEMPAX 10mg			40126	LUVAS 7,5	63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml		
3026	DIMORF 1,0mg			3522	LUVAS 8,0	98229	S. FISIOLÓGICO 100ml		
3034	DIMORF 0,2mg			149870	LUVAS 8,5	9172	S. FISIOLÓGICO 250ml		
125149	DIMORF 10mg			69752	MICROPORE LARGO	9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	02	
69655	DORMONID			601	SCALPS Nº	9180	S. GLICOSADO 250ml		
69639	DORMONID COMP.			3735	SERINGA DE 01cc	9199	S. GLICOSADO 500ml		
46850	FENOBARBITAL			3700	SERINGA DE 03cc	9148	S. RINGER 500ml		
8869	HIDANTAL			3719	SERINGA DE 05cc	134489	VOLUMEN 6%		
9962	KETALAR			3689	SERINGA DE 10cc		COD.	OUTROS	QUANT.
69620	PETIDINA			3697	SERINGA DE 20cc	3735	filho de Antônio 01		
73210	TRAMAL			341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)				
46832	ULTIVA				SONDA FOLEY Nº				
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.			SONDA NELATON				
70548	ATRACURIO				SONDA NSG				
128233	CISATRACURIO				SONDA RETAL				
9091	ETOMIDATO				53937	SURGICEL			
3042	FENTANIL				4081	TORNEIRA 03 VIAS	01		
2801	LIDOCAINA 2% C/V				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	80			
2119	LIDOCAINA 2% S/V				01				
2810	LIDOCAINA GELEIA								
2160	NEOCAINA 0,5% C/V								
70750	NEOCAINA 0,5% S/V								
1996	NEOCAINA PESADA								
3212	NILPERIDOL								
142364	NOVAPUPI C/V								
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA								
154580	NOVAPUPI S/V								
2216	PANCRONIO								
82031	PROPOFOL	01							
142451	ROCRÔNIO								
24678	SEVORANE								
	LESTESIN SPRAY								

REFSET: 98850.4593 / 98807.6347



PACIENTE:	Moro J. R. S. B.	
Nº DO PRONTO-SUJO:	Nº DO ATENDIMENTO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 23/6/18	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR: M. S. M. M.	2º AUXILIAR: Rafael	
1º AUXILIAR: G. R.	3º AUXILIAR: W.	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Trat. myo de cravo L. Infeção na traquea + IP.	Wolny + anestesia	
TIPO DE OPERAÇÃO: Trat. myo de cravo L. Infeção na traquea + IP.	Infeção na traquea + IP.	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: ① 40209059	② 40209059	
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: ① 40209059	② 40209059	
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:	CURSO DE ESTUDO PELA SUS	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	CURSO DE ESTUDO PELA SUS	
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO <small>VIA DE ACESSO-TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO</small>		
Dr. Marcos Wagner de S. Porto S N B 23 JUN. 2018 C N R <small>CRM-PR 1000777 - MATRICULA 19557</small>		
<i>metopos de rigido frontal</i> <i>perforado obtruso</i> <i>inflam</i> e suspendue <i>damaged</i> e <i>comel</i> ob <i>fracture</i> <i>rigido</i> <i>rigido</i> <i>fracture</i> <i>por</i> <i>plan</i> <i>fracture</i> <i>com</i> <i>fracture</i>		





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Severino Joaquim Pessoa IDADE:
ALT: 1,65m PESO: 70,2 MÉDICO:

DATA: 26/06/18

JANHÃ

paciente evolui de Alta hospitalar
as 06h.

Cicera Alcântara S. Andrade
Tec. de Enfermagem
COREN-PB 412961

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

TARDE

NOITE



Evolução de Enfermagem

NOME: Serejano J. P. Pinho
AL: Anúncio LEITO: 302 MÉDICO: Nogueira
IDADE:

DATA: 25/06/18

ANHÃ

Paciente consciente e orientado, medicado
realizado controle, acita dura, diúrus
assente, ~~paciente~~ interconúnca, ~~paciente~~ os cuidados
dia enfermagem

Marianna Alves M. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN-PB 4082558

ARDE

Paciente evolução estável.. consciente orientado
verbalar, eupraco, atenul, acita dura
sem queixas no momento aos exames
de entulho.

Cicera Almeida S. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 412951

NOITE

Paciente evolução estável consciente orientado
eupraco, febril, acita. Orl. sem
queixas. no momento.

Marcilia de Souza Pereira
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN 855932



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: **Senilino J. Pinho** IDADE:
ALT: **170,0** LEITO: **70.3** MÉDICO: **Neiva**

DATA: **24/06/18**

MANHÃ

Paciente consciente e ~~orientado~~ desorientado, medicado, afibril e eufórmica, realizou controles, aceite dieta, diurese franca, sem intercorrências, sob os cuidados da enfermagem.

Marianna Alves M. de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 1082558

TARDE

Paciente ~~estável~~ estável, consciente, algo orientado, ^{ao fornecimento} de informações, aceita dieta segue orientações, seguindo os cuidados da enfermagem.

Dicera Almeida S. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 412951

NOITE

Paciente segue com quadro estável, consciente, sono lento, sono sendo medicado com xan. xan. opção em uso, segue seu cronograma de os cuidados da enfermagem.

Juçara Andrade de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN 709726 PB



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
 HOSPITAL ANTONIO TARGINO		NOME: <u>Sueliene J. Pessoa</u> IDADE: <u>70</u> ALA: <u>Curvaco</u> LEITO: <u>70.2</u> MÉDICO: <u>Neiva</u> DATA: <u>23/06/18</u>	
<p>IANHÁ Paciente consciente e orientado, desorientado, mudicado, afibril e eutônica, em POI, realizada controles, em níveis, sem intercorrências, cuidados de enfermagem.</p> <p>PARDE Paciente evoluí desorientado confuso, MCP- aceita dieta adequada sem sinal de sequelas, cuidados da equipe.</p> <p>NOITE Paciente evoluí com desorientado, aceita Dieta oral, sem sequelas, todos os cuidados da equipe.</p> <p>N.C.P.M. presente.</p> <p>E-Fr. Agente</p>			
<p>Marianna Alves M. de Sousa Téc. Enfermagem COREN-PE 082558</p>			

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

Sueli Pereira
 TÉCNICO ENFERMAGEM
 COREN-PE 0825932



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Sandrine Toninatti Pucca IDADE:
ALA: Cirúrgico LEITO: 702 MÉDICO: Nilma

DATA: 22/06/18

MANHÃ

Paciente consciente e orientado, realizou tomografia, aguarda laudo da ortopedia, dieta livre em refeições, realizado controles, diurno ^{paciente devendo pelo SUS} ~~paciente~~ ^{no hospital} ~~no hospital~~ ^{cujas despesas foram} ~~cujas despesas foram~~ ^{cobradas ao SUS} ~~cobradas ao SUS~~ ^{presente}, sob os cuidados da enfermeira.

Marianna Alves M. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN-PB 082658

TARDE

Paciente consciente, orientado, verbaliza expectativas, ativo, queixou-se de fadiga e foi medicado, segue aos cuidados da enfermeira.

Dicera Almeidinha S. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 412951

NOITE

Paciente segue com queixas estavam consciente, orientado, rendo medicamento e p.m. óptimo, expecto. seu int. carência segue aos cuidados da enfermeira. Obs: Durante a noite o paciente apresentou episódios de desorientação (confusão mental).

Jucara Andrade de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 269226 PB





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOME: Saquarema TOWN: Tonantins PERSON: Perzona IDADE: 10
FILA: Carregado LEITO: 70.2 MÉDICO: Neiva

DATA: 21 / 06 / 18

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDA PELO SUS
NO HOSPITAL ADRIANO TARGALO
OUJAS DENGUE E FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

NOITE

NOITE Paciente admitido da Emergência
sem queixas em Dieta zero P/ possivel
seguir procedimento seguindo cuidados
sem preferencia hospitalizado pelo Dr.
Antônio Cândido de Souza Pereira
cuidados despejados cobradas
da Enfermagem

10.208
Marchia de Souza Pereira
FOTOMAGEM





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALIA: *Editora Vila Rica* LEITO: *10.2* CONVÉNIO

LEITÓ: 108

CONVENIO:

SUS

DATA:

25/06/18

AGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS

25/6 (7) ~~his first + third~~

⑩ Kurt Marx 18

③ Water by Freeze \rightarrow ice Suspension

④ Tuesday Aug 8/18

PACIENTE ATENDIDO

⑥ 10 DE 19 67 Nenning 3rd N 5

CUJAS OF.

① ~~W~~ 12/12

10. ~~FORAM~~ ~~SLIM~~ ~~1~~ ~~mm~~ ~~1~~

✓ *Chimarrapis* sp. w. 1 x

Dr. Rafael R. Rabinovitz
Neurologist
774-PB-194

EVOLUÇÃO MÉDICA

2576 April miles of water
and miles of miles

11-1-77
Holanda
NEUROLOGIA
121-FB 77

Dr. Rafael R. Hora 2004
NEUROLOGA-NEUROLOGIA
CRM PB 1291

26/6 Admitted to Holland
Neurology & Neurosurgery
12-1-97

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO CONSULTA DE REFERIDO SUS
CUSTOS PESSOAIS E TUBERICO
GUARADAS AO SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: <i>Ricardo</i>	ALIA: <i>Carregado</i>	LEITO: <i>70.0</i>	CONVÉNIO: <i>SUS</i>
DIAGNÓSTICO:	DATA: <i>23/06</i>		

MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
<i>Tablet</i>	<i>one a</i>	<i>15</i>	
<i>tablets</i>	<i>2000</i>	<i>20</i>	<i>06</i>
<i>Dimetapp</i>	<i>NO 300 06</i>	<i>08</i>	<i>02</i>
<i>Mont</i>	<i>CH 300 08</i>	<i>08</i>	<i>02</i>
<i>Amoxi</i>	<i>1000 08</i>	<i>10</i>	<i>06</i>
<i>8K</i>	<i>100</i>	<i>17</i>	<i>06</i>
<i>Ativitex</i>	<i>0100 02</i>	<i>12</i>	<i>06</i>
<i>Ativitex</i>			
<i>Haldol</i>	<i>5 mg TM 8/8 h</i>	<i>1X</i>	<i>21</i>
<i>- Fenug</i>	<i>25 100 mg</i>	<i>21</i>	
<i>Dr. Depm</i>	<i>25 100 mg</i>	<i>10:50</i>	<i>14</i>
<i>Dr. Antonio Bento Neto</i>			
<i>MÉDICO</i>			
<i>CRM-PB 8198</i>			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
<i>01/06/2020 a 23/06/2020</i>			
<i>Opined</i>	<i>It se visse</i>		
<i>Contra</i>	<i>SO. + Cigilo</i>		
<i>15:40</i>	<i>Ramalh</i>	<i>do Mentes</i>	<i>revel</i>
<i>Sigre c/ Inquebijo</i>			
<i>e corpo</i>	<i>1000</i>	<i>+ 1000</i>	
<i>01 800 100</i>			
<i>Carregado</i>	<i>21 100</i>		

André Cavalcanti M. Júnior
MÉDICO
CRM-PB 8122



PREScrição MÉDICA

NOME: *Suelio Moreira Torres*
A.L.A: *Arrejaco* LEITO: *702* CONVÉNIO: *SUS*

DIAGNÓSTICO:

DATA: *28/06*

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
82/6 ① Nitrofurantoina	
② Nitrofurantoina 12/12 10	22
③ Nurofen 200 5	4
④ Sustav 8105	14 22 00
⑤ Nurofen 400 1000	
⑥ Dexametasona 1000 100ml	
⑦ Captoril 25mg - 02 compr VO	12
⑧ Vantex PA ~ 12:30h 120x80	

Dr. Rafael R. Holanda
CRM-PB 1291

NEUROLOGIA - NEUROONCOLOGIA

CIA

Dr. Rafael R. Holanda
CRM-PB 1291

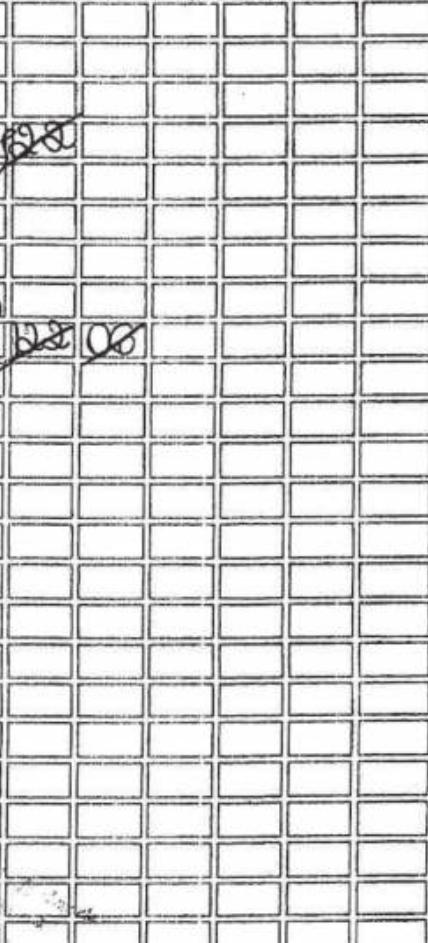
NEUROLOGIA - NEUROONCOLOGIA

CIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

82/6	<i>Apresenta evolução T.C.</i>
	<i>Peculiaridades:</i>
	<i>CUJAS DE PERAS FORAM COBRADAS NO SUS</i>
	<i>anticoagulante</i>



 HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
	NOME: <i>Suelio Moreira Torres</i> ALA: <i>Vermelha</i>	LEITO: <i>702</i>	CONVÉNIO: <i>SUS</i>
DIAGNÓSTICO:	DATA: <i>24/06</i>		
MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
<i>24/6</i> ① <i>Antidiab + Hmg</i> ② <i>Antidiab N 11/200</i> ③ <i>Multivit N 60</i> ④ <i>Metform N 8/8 2x06</i> ⑤ <i>Multivit N 60</i> ⑥ <i>Decaf 100% N 60</i> ⑦ <i>vitilip.</i>			
<small>PACIENTE</small> <small>NO ATENDIMENTO</small> <small>OU</small> <small>COBRADO</small>			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
<i>24/6</i> <i>Acid uratina</i> <i>vitilip.</i> <i>multivit</i> <i>multivit</i>			
<small>PACIENTE ATENDIMENTO</small> <small>NO ATENDIMENTO</small> <small>OU</small> <small>COBRADO</small>			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Núm. 31105571 - Pág. 47

14 MAIO 2015
PROTÓCOLO³
AG. JOÃO PESSOA

**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: **3190321121**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CANOA VELHA - Cubati - PB - CEP 58167-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1880085**

Data e local do acidente: [**15/06/2018**] **SÃO VICENTE DE SERIDO**

Data e local do exame: [**22/08/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

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

PRESença DE DEFORMIDADE EM CRÂNIO, COM CICATRIZ, SEM EDEMAS

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CAMINHÃO, NO DIA 15/06/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATOMÍCAS, SEM DEFÍCIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFÍCIT DE ATENÇÃO, SEM DEFÍCIT DE MEMÓRIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO ADEQUADAMENTE, SEM DUSTURBIO DE CONDUTA, SEM DISTURBIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTURBIO DE PESONALIDADE, SEM CRISE CONVULSIVA, SEM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

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

[] Sim [**X**] Não

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

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

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



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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

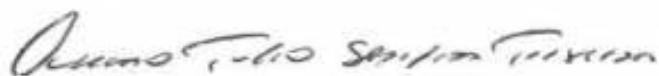
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

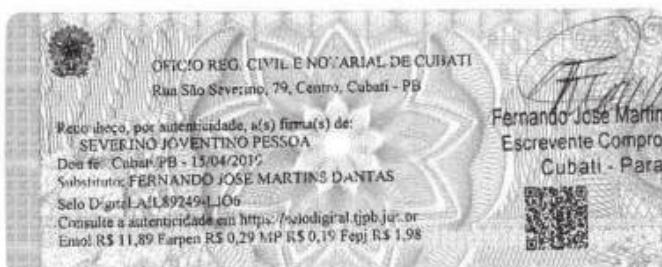


DECLARAÇÃO

Eu, Severino Joventino Pessoa, brasileiro, divorciado, agricultor, portador (a) do RG nº 1.880.085, expedido por 3525173 e do CPF nº 001.970.894-07, residente e domiciliado(a) na(o) Rua Canoa Velha, nº 04, Bairro Alto dos Bento, Cidade Cubati, UF PB, DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a Seguradora Líder dos Consórcios Dpvat S.A. que o(a) Sr(a). proprietário(a) da moto modelo Honda INXR125, ano 2013/2014, cor Verde, Placa OXD 5668 / PB, Chassi nº 9C2J D232 DER 000 996, RENAVAM 00593742032, a qual eu me acidentei no dia 15/06/2018, se encontra em local incerto e não sabido, não tendo consequentemente como localizá-lo atualmente.

Ricá, 1/08, 15 de Abril de 2019.

*Suelio Moreira Torres
Declarante*



Fernando José Martins Dantas
Escrevente Compromissado
Cubati - Paraíba



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Descrição do exame SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA **físico:** MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE MEMÓRIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO-SE ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRBIO DE CONDUTA, SEM DISTÚRBIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE, SEM CRISE CONVULSIVA, SEM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CAMINHÃO, NO DIA 15/06/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Descrição do exame SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA **físico:** MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE MEMÓRIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO-SE ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRBIO DE CONDUTA, SEM DISTÚRBIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE, SEM CRISE CONVULSIVA, SEM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CAMINHÃO, NO DIA 15/06/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PÓS TRAUMÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.P.09/20

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 TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PÓS TRAUMÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.P.09/20

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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino Joventino Pessoa, brasileiro(a),
divorciado, agricultor, portador(a) do RG nº.
1.880.085 expedido por SSP/PB em 17/05/1993 e do CPF nº.
001.770.894-07, residente na (o)
Rua canoa Velha - 04 - Alto dos Bento,
município de Cubati - PB, CEP 58167-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Joventino Pessoa, ocorrido em 15/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, referente ao processo de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Picui - PB, 15 de Abril de 2019
Severino Joventino Pessoa
outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160086/19

Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

CPF: 001.770.894-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2018

Titular do CPF: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

SEVERINO JOVENTINO PESSOA : 001.770.894-07

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: 14/05/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160086/19

Número do Sinistro: 3190321121

Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

CPF: 001.770.894-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 15/06/2018

Titular do CPF: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

DOCUMENTOS ENTREGUES

SEVERINO JOVENTINO PESSOA : 001.770.894-07

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: 13/08/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:35:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911351349100000029854127>
Número do documento: 20052911351349100000029854127

Num. 31105571 - Pág. 57