



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
31105571	29/05/2020 11:35	<a href="#">2722514_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Carta nº 14467619

Pag. 01035/01036 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020518





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 00021/00022 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050011



Carta nº 14498504





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

00030893



Carta nº 14541446





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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









GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA  
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICUI/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.

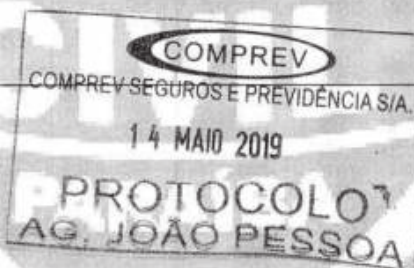
**DO COMUNICANTE E VÍTIMA:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA, brasileiro, divorciado, agricultor, natural de Cubati/PB, nascido aos 21/04/1953, RG: 1880085 SSDS/PB, CPF: 001..770.894-07, filho de Genesio Joventino Pessoa e Maria José da Conceição, residente à Rua Canoa Velha, nº: 04, Bairro Alto dos Bentos, Cubati/PB, fone: (83) 9.8601-0435.

**Motivo:** Acidente de Trânsito Motociclístico

**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: Saverio Bm Pessoa

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:
	001.770.894-04	Severino Jerônimo Pessoa
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:		CPF:
Severino Jerônimo Pessoa		001.770.894-04
Profissão:	Endereço:	Número:
agricultor	rua cometa velha	04
Bairro:	Cidade:	Estado:
alto dos Bentes	auboti	PR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
NILOTDANTAS@HOTMAIL.COM	58.167-000	83 99412-5490

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

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

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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
		0493 6	543353 3

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

Local e Data, auboti/PR, 15/04/2019  
 Nome:  
 CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Jerônimo Pessoa  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: COMPREV  
 CPF: COMPREV

2ª Nome: COMPREV  
 CPF: COMPREV

**PROTOCOLADO**  
**14 MAIO 2019**  
**JOÃO PESSOA**  
 Assinatura

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

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



### 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 N°:1703538 USA 31
NOME:SEVERINO JOVENTINO PESSOA		
QUEIXA: COLISÃO CAMINHÃO COM MOTO		
LOCAL: SITIO ALTO DO UMBUZEIRO		
COMPLEMENTO: PROXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL		
CIDADE: ENTRE SOLEDADE E CUBATI		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Soledade, 20 de março de 2019.



*Glaucia Michaelle 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



TERCIO DAMIAO PESSOA  
SIT. CAVALHEIRO, S/N - AREA RURAL  
CURAT/ PB CEP: 55197000 (A.O. 15)

Emissão: 27/06/2018 Referência: Jun/2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 9/200 Km 25 - Cota Redutor: João Pessoa / PB - CEP 54071-400

Roteiro: 18 - 84 - 830 - 4432 Nº Medidor: 00009494198

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 08.986.195/0001-40 - Ins. Est. 19.015.023-3

Taxa Foco/Conta de Energia Elétrica: M001736-178

Cód. para Débito Automático: 00015843683

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	27/06/2018	27/07/2018	8766075475 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1584368-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
28/05/18	1251	27/06/18	1353	1	1	30	
Demonstrativo							
CC - Descrição		Quantidade Tarifas - Valor Base Cota - Valor (R\$) Base Cota - Valor (R\$) Cota (R\$)					
		Tabela Tarifas (R\$) (Cota) (Cota)			Por Cota (R\$) (Cota) (Cota)		
0001	Custo de Disponibilidade	15,00	0,00	0,00	15,00	0,14	0,04
0001	Adic. B. Amparo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Adic. B. Verificação	1,40	0,00	0,00	1,40	0,01	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 100,00 0,00 0,00 100,00 0,00 0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
3	04/07/2018	R\$ 17,07

Histórico de Consumo (kWh)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Jun/17	Jul/17	Agô/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18				

43bf.d3d7.2209.e939.670f.34f6.1eb7.e167

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
220	220	CONTRATADO
100	100	UNITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Maio/18	16,66	100,00
Fev/18	15,84	95,13
Jan/18	15,87	93,55
Dez/17	16,52	96,78
Nov/17	6,89	40,36
Out/17	6,38	37,38
Set/17	5,68	33,28
Agô/17	5,49	32,16
Total	17,07	100,00

18/06/2018 (Ref. 4/2018) R\$ 17,07

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
14 MAIO 2019  
PROTOKOLO  
AG. JOAO PESSOA

**ATENÇÃO**

Faturas em atraso

Mês/Ano	Valor (R\$)
Maio/18	16,66
Fev/18	15,84
Jan/18	15,87
Dez/17	16,52
Nov/17	6,89
Out/17	6,38
Set/17	5,68
Agô/17	5,49

PARÁIBA

Roteiro: 18 - 84 - 830 - 4432 Matrícula: 1584368-2018-09-3

VENCIMENTO 04/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 17,07

83630000000-4 17070054000-9 15843682018-3 06000084019-3





CITR/RECIBRE/PUB

PC-16

NILO TRIGUEIRO DANTAS  
R ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145  
CENTRO  
58187-000 PICUI - PB



Postagem: 06/03/2019

Vencimento: 17/03/2019

Emissão: 02/03/2019

7211994/3021207000000544630 040319

Fechamento próxima fatura: 12/04/2019

## Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	937,69
Pagamento efetuado em 11/02/2019	937,69
Saldo financiado	0,00
Encargos (descontos e descontos)	0,00
Juros e encargos atuais	1.192,43
<b>Total desta fatura</b>	<b>1.192,43</b>

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve pagar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**  
Cartão: **6062.XXXX.XXXX.9264**

Prá que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/03/2019

A) pagamento total

1.192,43

B) pagamento mínimo

181,24

C) parcelas fixas

**131,59**  
+23x 131,59

B) Pagamento mínimo: suponha  
que pagar apenas o valor  
apontado nesta opção e o total  
da fatura. Você estará financiando  
a diferença pelo crédito rotativo.  
Se você efetuar um pagamento  
inferior ao pagamento mínimo,  
você estará em atraso, incorrendo  
em juros, multa e mora.

## Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	1.192,43
Resto do crédito disponível	787,57

Veja outras opções na 2ª folha

## Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)
03/10	EBANX-TRA	19,90
03/10	CLUBTIBA	
18/12	FARMACIA VETERINARIA 3/03	126,68
24/12	CAMPINA GRANDE	
24/12	TORRA TORRA BOUTO3/04	88,17
24/12	POMBAL	
24/12	HNA*OBOTICARIO 03/04	63,45
24/12	CLUBTIBA	
23/01	AMFRANCIO SOLU 02/02	77,55
23/01	PICUI	
06/02	BRAZIL ATACADO	269,62
06/02	CAMPINA GRANDE	
07/02	FARMACIAS PAGUE MEU 02	44,53
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90
14/02	ROAC PESSOA	

Compra presencial

com o uso do cartão e senha.

Continue...



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

Número do Documento

00135717798/0062535

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 042.951.774-45

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251, 3ª A. GRAÇAS - RECIFE - PE

Número

17535777798-8

Valor do documento

R\$ 1.192,43

Data de validade

02/03/2019

Assinatura Médica

Assinatura Médica



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. 10



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pelo débito.

Boleto para pagamento de documento de rateio facultativo da energia elétrica Nº 028.664.194



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

TERCIO DAMIAO PESSOA  
SIT CANOA VELHA S/N  
CUBATI

## 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](http://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	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
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=20052911351349100000029854127>

Número do documento: 20052911351349100000029854127



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 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 INVALIDEZ 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>	Número: <u>145</u>	Complemento:
Bairro: <u>JK</u>	Cidade: <u>Picuí</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>nilotdantas@hotmail.com</u>	CEP: <u>58187-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99912-5490 / 3371-2274</u>

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

Nilo Trigueiro Dantas  
Assinatura do Declarante

DLRL 001 V001/2017



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

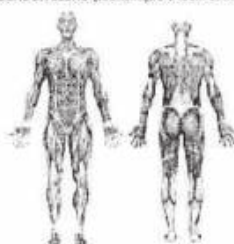
Num. 31105571 - Pág. 12



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº: 1674501 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Italo Floriano Pereira, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409 Data: 15/05/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Mircia De Sousa Melo  
PACIENTE: SEVEREINO JOVENTINO CEP: Nascimento: 3/12/1969  
PESSOA 65 ANOS  
Endereço: Sexo: Telefone:  
Idade: 02018 Bairro:  
Cidade: RG: Nº:  
Nome da Mãe: CPF: Profissão:  
Responsável: Data de Nascimento: 15/05/2018  
Estado Civil: Data de Atendimento: 15/05/2018  
Motivo: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA Hora: 21:14:32  
Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS  
MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Cabeça
2. Ombros
3. Braços
4. Cotovelos
5. Antebraços
6. Pulsos
7. Mãos
8. Punhos
9. Ombros
10. Braços
11. Cotovelos
12. Antebraços
13. Pulsos
14. Mãos
15. Punhos
16. Ombros
17. Braços
18. Cotovelos
19. Antebraços
20. Pulsos
21. Mãos
22. Punhos
23. Ombros
24. Braços
25. Cotovelos
26. Antebraços
27. Pulsos
28. Mãos
29. Punhos
30. Ombros
31. Braços
32. Cotovelos
33. Antebraços
34. Pulsos
35. Mãos
36. Punhos

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( 1º Grau ( 2º Grau ( 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID: Pol. Trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU SEM  
consciência, intimação por colapso motor -  
respiração normal, sem capacidade de codificação  
resposta de HTE  
B = 40, S = 10, P = 10, FC = 99, PA = 135 x 80, FC = 88, D = 100g  
C = 100g, D = 100g, PA = 135 x 80, FC = 88, D = 100g  
S = 10, P = 10, FC = 99, PA = 135 x 80, FC = 88, D = 100g  
S = 10, P = 10, FC = 99, PA = 135 x 80, FC = 88, D = 100g

ALERGIA:

Medicamentos:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Severino Joventino Pessoa HD: Pol. Trauma SETOR: 1º Andar LEITO: 11 DATA: 15/05/18

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70
PULSO/FC	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
TEMPERATURA	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4
RESPIRAÇÃO	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
SAT. O2	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
PVC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HGT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SF 0,9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SRL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SG 5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SORD EXTRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SEDACAO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANALGESIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDICAÇÕES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NORA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DORA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HEMODERIVADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NPT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIETA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ÁGUA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDICAÇÕES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SG/VÔMITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FESES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIURSE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HEMODIALISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DRENO TORAX D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DRENO TORAX E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DRENO SUCCÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D. CAVITÁRIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DVE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=				BH DIA=				GANHOS 12H NOITE=				PERDAS 12H NOITE=				BH NOITE=							
GANHOS 24H DIA=	PERDA 24H + 1000ML=				BH 24H=																			
ASSINATURA:																								
ASSINATURA:																								

COMPREV  
14 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





16/05/2018

HTCG-Formulário Administrativo

Cirurgia

GOVERNO  
DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## 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: 56432-809 Data: 16/05/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: SEVERINO JOVENTINO

CEP: 58167000

Nascimento: 21/04/1953

## PESSOA

Endereço: MANOEL DE BARROS

Sexo: M

Telefone: 987070019

Cidade: Cubati

Idade: 65

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO

RG: 1880085

Nº: 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

CONVÊNIO: SUS

Médico:

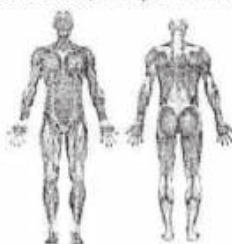
CRM:

Especialidade:

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Aquiles
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contente
16. F. Corpo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contente
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguatamento Vento
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enroscado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Pareia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

## QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

## ALERGIA:

## MEDICAMENTOS:

## PATOLOGIAS:

## EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: 5a102

## EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às / Dia / /

Especialista: / às / Dia / /

## MÉDICO SOLICITANTE

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

http://10.1.1.148/projetos/htcg/imp/urgencia.php?contar=1674983

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

[illegible]

NOME: <u>Sergio José da Silva</u>		GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE: <u>65 A</u>		FERNHARIA: <u>2</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H.D.: <u>TC E</u>		ADMISSÃO: <u>05/06/98</u>		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
LEITO: <u>02</u>		HORA: <u>T</u>			

PROCEDÊNCIA:		ORENO: <input type="checkbox"/> Pulgar <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscitante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____	
		Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente	
		<input type="checkbox"/> Edema Regiões: _____ <input type="checkbox"/> Caxias	
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> RJA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Cema Neure <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:		CD: <input type="checkbox"/> THR <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"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia		<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Documulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP	
HDA: <u>Patologia crônica nas vias inferiores</u>		<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Seditação	
<u>Com Cefaleia (S/C)</u>		<input type="checkbox"/> Orelhas <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	
		<input type="checkbox"/> Inspiração <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pre-documulação	
		Outros:	
		Observação: <u>paciente não responde para teste</u>	
		<u>Com Cefaleia</u>	

SV:	FC	SpO2	FR	PR	PA	SpO2	% T	%
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Gravo <input type="checkbox"/> Gravíssimo								
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Glasgow								
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal								
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normais								
Bloqueios Articulares (Regiões)								
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR								
<input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Sem alterações								
SUPPORTO VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI								
O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi <input type="checkbox"/> %								
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação pare. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório, Fluxo _____ l/min								
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAH <input type="checkbox"/> Traqueas supradiverticulares <input type="checkbox"/> Traqueas intra-cavitárias <input type="checkbox"/> Traqueas subcavitárias								
<input type="checkbox"/> Uso do musc. acessório Insp. (Exp. <input type="checkbox"/> Glaxo <input type="checkbox"/> Taquípnia <input type="checkbox"/> Bradípnea <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> 14-								
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim								
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input checked="" type="checkbox"/> Atrágmatomito <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: _____ Rato X Tórax: _____								
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz								
SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.								
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"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marron <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha								

Campeiro Grande:		Sergio José da Silva	
<u>25/06/98</u>		<u>TC E</u>	





paciente evolui EGR  
com consciência, orientado, acionando  
suprimento. Em Neurochirurgia  
Quarta - 21 de outubro  
medicado conforme  
prescrição médica

21/06/18  
PA. 110X70

20:00 Paciente transferido para Hospital  
Antônio Targino para atendimento  
em neurocirurgia. Tatuado  
em 20/06/18

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

Paciente: Renato Lima Severo

Prescrição Médica	Assinatura	Observações
Data LIMRE		NR
SFO 3% 2000 mL, IV 24h		MELHOR E BOA EVOLUÇÃO
Diluição 2mL (1g/mL) + sdb 10 mL, IV 6h		AFEGIRL
Naufen 6mg + AD EV 6h e n		CD VIDE PRESCRIÇÃO
Ceftriaxona 1000mg SFO 5% 20mL, IV 12/12h		avido HEMEL
Omeprazol 40mg VO cado		
Tiamazol 100mg + SFO 3% 100mL, IV 6/6h e n		
Fuorescência mucosa e respiratória		
Capto 25 mg VO se po não igual a 100 e 110 mmHg		
PA P TAX		

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

20 JUN 2018 11:35

Fato de ocorrência de  
hemorragia de 21:00 horas  
paciente com dor  
PA 120x80 mmHg





ನವದೆ

Paciente:	José Carlos
Prescrição Médica	EVALUÇÃO MÉDICA
DIEITA livre	
SFD 9% 2000 mL ex 24h.	
Dopamina 2mg (1mg/mL) + acid 10 mL i.v 60h	
Maucofem 2mg IV B EM 8 HORAS se necessário L	
Cefepime 100mg + SFD 9% 2000mL IV 12/12h	
Omeprazol 40mg 1 amp + sda 10 mL IV ao dia	
Clopidogrel 75 mg VO se pt maior qto a 180 x 110 mmHg	
GABECERA ELEVADA	
SBV - CCG	

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

Dr. Marcos Wagner de S. Porto  
18 JUN. 2013

Pet. ornamentado, frutinha clavícula, ad-  
mitido da sua vermelha, da testa  
do faldão, lencas; med. cad. C. P. P.

Atkins

90155

2020

120/90







### 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 toda 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

*Severino Joventino Pessoa*

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

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:

MO

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

LAUDO RADIOLOGICO

O EXAME MOSTRA A PRESENÇA DE ESCLETROSE AO NÍVEL DO REBORDO LATERAL DA  
GRANDE TUBEROSIDADE DO UMBRO ESQUERDO COMPATIVEL COM PERITENDINITA.

*Rosale*  
MÉDICO

DATA 21 / 6 / 18

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS





**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 coróides 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 subaracnoideia 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

COBRANÇAS AO SUS





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

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 PARAIBA  
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: ÁREA VERMELHA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 65 anos      Destino: Leito - 11

SÓDIO ..... 147 mmol/l

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seleto W300 MAX IONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 132 a 148 mmol/l

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTÁSSIO ..... 3.7 mmol/l

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seleto W300 MAX IONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l

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 (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l maior que 8.0 mmol/l

Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRM 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





ESTADO DA PARAIBA  
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  
Data: 17-06-2018 11:38  
Idade: 65 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: AREA VERMELHA  
Destino: Leito - 11

**URÉIA**

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

Resultado..... 53 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

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

De 15 A 41 mg/dL

Recem-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.

Assinatura  
Ana Cássia 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



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

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

**HEMOGRAMA**

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

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.06 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
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 /mm <sup>3</sup> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	291	
Segmentados.....	83,0	8.051	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos.....	12,0	1.164	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	194	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	186.000 mm <sup>3</sup>		140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Assinatura*  
**Ana Cássia Miguel Agra**  
 Biomédica  
 CRBM 5411

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

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





**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 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 raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microrganismo 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, ou 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 Antonio Targino, a pedido de meu médico, para proceder à administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo dessa minha doença ou tratamento.

Nome legível:

☐ PACIENTE

Severino Florentino Pessoa

Assinatura:

☐ RESPONSÁVEL

Identidade n.º

Grau de parentesco:

filho

Assinatura: X

Hora:

20:56

Campina Gr: de

23/06/18

Se o paciente não poder assinar este 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 obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome do médico solicitante:

CRM:

Assinatura:

Hora:

Campina Gr: de



**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 Jovantino Pessoa 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. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo 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 esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.  
Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.





# BOLETIM DE ANESTESIA

ME: Severino Jovantino Pessoa ARTO: perna

NVÊNIO: 565 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ M ☐ F

MERO DA CARTEIRA: \_\_\_\_\_ INÍCIO: 8

IA DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_ TERMINO: 840

NHA: \_\_\_\_\_ HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☐ NÃO

TA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

Pré-Operatório: TCE

Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Manoel Wagner

Equipe Anestésica: Manoel Wagner

Instrumentador(a): \_\_\_\_\_

Medicamentos Realizados: T 197 005 PISO de FISTM

29 + 1 (Anestesia) intra

curbora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INDUÇÃO  
☐ Inalatória  
☐ Venosa  
MANUTENÇÃO  
☐ Inalatória  
☐ Venosa

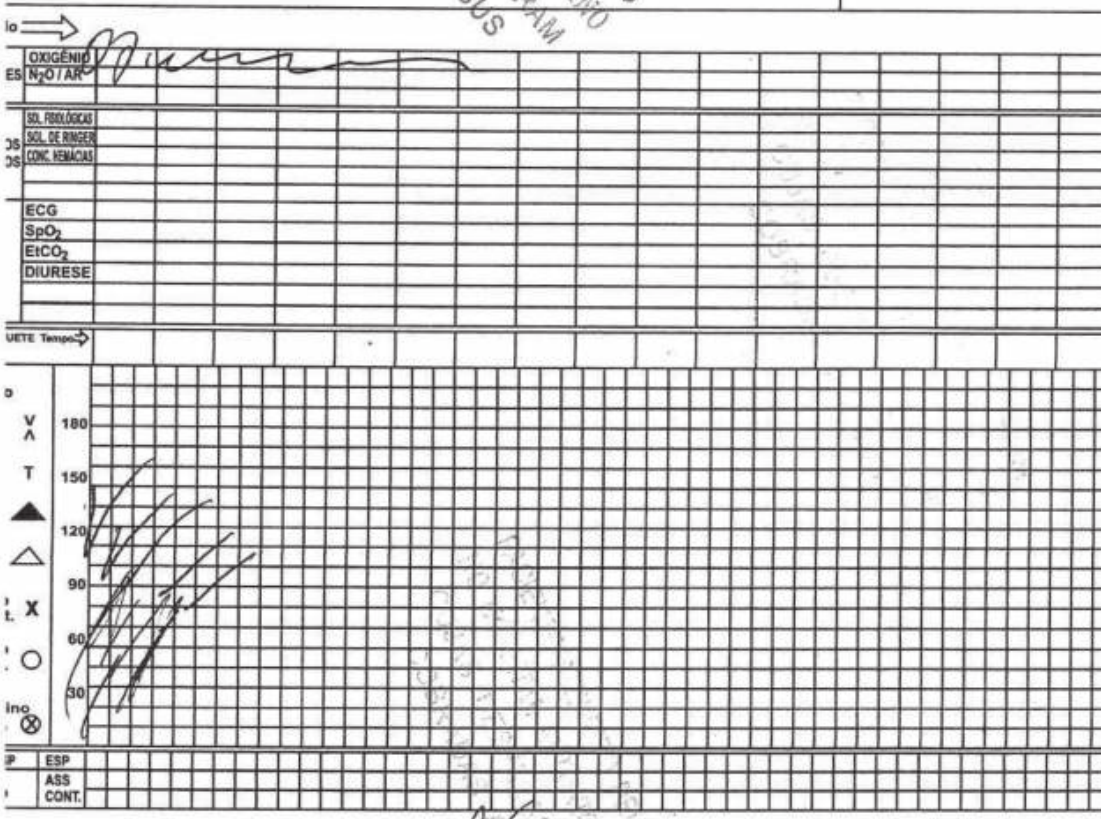
INTUBAÇÃO TUBO Nº  
☐ Oral  
☐ Nasal  
☐ C/Balão  
☐ S/Balão  
☐ Aramado

ANESTESIA REGIONAL  
☐ Peridural  
☐ Raqui-anestesia  
☐ Epidural Sacra  
☐ N. Perférico  
☐ Simples

ANESTESIA REGIONAL  
☐ P Braqu/Cervical  
☐ Supraclavicular  
☐ Interscafélico  
☐ Axilar  
☐ Vannas Regional

PUNÇÃO  
☐ Mediana  
☐ Paramediana  
☐ Sentada  
☐ DL ☐ D ☐ E

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS  
☐ Aspirador  
☐ ECG  
☐ Oxímetro  
☐ Beraka  
☐ Sis  
☐ Ps Invasiva



- CIRURGIA**
- ☐ ELETIVA ☐ URGÊNCIA
- ☐ AMBULATORIAL
- ESTADO FÍSICO (ASA)**
- ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
- DATA:** 23.06.18
- Adren
  - Atropi
  - Bextra
  - Bupivi
  - Bupivi
  - Bupivi
  - Cipro
  - Clexan
  - Decatr
  - Diploir
  - Dipriva
  - Dipriva
  - Dobut
  - Dormoi
  - Efedrin
  - Esmerc
  - Fentani
  - Flagyl
  - Forane
  - Halotan
  - Hidroco
  - Hypnon
  - Kefazol
  - Ketorol
  - Ketalar
  - Lasix
  - Liquemil
  - Metherg
  - Morfina
  - Narcan
  - Naparin
  - Nimbium
  - Niprid
  - Noradren
  - Norcuro
  - Ocitocin
  - Pavulon
  - Plasil
  - Profenid
  - Prosligmi
  - Quelicin
  - Rapfen
  - Revivan
  - Sevorane
  - Sufenta
  - Tilatil
  - Tacrium (A
  - Ultiva
  - Valium
  - Xylocaina
  - Xylonaina
  - Xylocaina i
  - Zofran
  - Água Desti
  - Água Desti
  - S. Fisiológi
  - S. Glicosad
  - S. de Ringe
  - C. Hemacia
  - Plasma
  - Oxigênio (L
  - NºO (L/MIN)
  - Ar Medicina
  - Co2 (L/MIN)
  - MATERIAI**
  - Aquecedor
  - Agulha Peri
  - Agulha Raqi
  - Agulha Stim
  - Cal Sodade
  - Cateter Epid
  - Cateter Nas
  - Cateter Venc
  - Eletrodo ECG
  - Equipo de Sc
  - Equipo Perfu
  - Filtro Higrobi





Paciente: SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
Idade: 65 ANOS  
CPF: 0110073622 Dt Coleta: 23/06/2018 - 16:16:23  
Médico: ANDRE CAVALCANTI M.JUNIOR/8122  
Origem: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
Data: 23/06/2018 - 16:50:48 Local: CIRURGICA



#### URETININA

Resultado: 0,54

#### Valor(es) de referência

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

#### UREIA

Resultado: 33

#### Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

#### POTÁSSIO

Resultado: 4,10

#### Valor(es) de referência

mEq/L 3,5 a 5,5

#### SÓDIO

Resultado: 134,00

#### Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

#### CLORETO

Resultado: 94

#### Valor(es) de referência

mmol/L 96 a 106

SUELIO MOREIRA TORRES  
FARMACEUTICA/BIOQUIMICA  
CRF-PB 03923-CPP:062.757.574-26

Acesse seus resultados: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br)

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102 5555 📞 83 988310102

#### UNIDADE CENTRO

☛ Rua Sandra Barboreira, 61

#### UNIDADE CATOLE

☛ Av. Virgílio Calixto, 877

#### UNIDADE PRATA

☛ Rua Rodrigues Alves, 1049

#### UNIDADE CATINGUEIRA

☛ R. Severino Serefredo de Almeida, 17

#### UNIDADE JOÃO XXIII

☛ 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

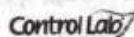
☛ Rua João Barbosa Silva, 77

#### UNIDADE ANTÔNIO TARGINO

☛ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

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



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

); 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



## HEMOGRAMA COMPLETO



ITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
mácias	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: 36 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.	
UCOGRAMA		
ucócitos	11,164	/mm3 3800 - 10000
stonetes	223	0-2 0-500
gmentados	85 9489	46-67 1.820-6.700
sinófilos	1 112	1-5 36-500
sófilos	0 0	0-2 0-100
nfócitos	9 1005	20-35 800-3.500
nfócitos reativos	0 0	0-1 0-100
nócitos	3 335	2-10 72-1000
rie Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
AQUETAS	359000	/mm3 140.000 - 450.000
rie Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	

*Dr. Dayliane Oliveira Brandão*  
 FARMACEUTICA/BIOQUIMICA  
 CRP-PB 03923-CPP-062.767.574-20

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

Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102 5555 83 988310102

UNIDADE CENTRO  
 Rua Sandra Borborema, 61

UNIDADE CATOLE  
 Av. Vagiano Calixto, 677

UNIDADE PRATA  
 Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA  
 R. Severino Sozefredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII 24h  
 Rua Nilo Peçanha, 63 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO  
 Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO  
 Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSE PINHEIRO  
 Rua Campos Sales, 463

UNIDADE QUEIMADAS  
 Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO 24h  
 R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

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



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



ACIENTE: *Suelio Jamurino Pessoa*

ONVÊNIO: *SUS* SUS ☒ PRONTUÁRIO: *99683-2296508* DATA: *23/06/18*

IRURGIA: *Hemiotomia ultracerebral + fixação de crânio*

IRURGIÃO: *Dr. Marcos Wagner*

AUXILIAR:

UXILIAR: *Diego M. de Oliveira*

ANESTESISTA: *Dr. Juanderson*

RCULANTE: *Técnico de Farmácia*

SALA: *05*

HORÁRIO: INÍCIO: *08:00* FINAL: *08:40*

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	<i>06</i>
1880	ÁGUA DESTILADA	
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	<i>02</i>
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	<i>01</i>
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	<i>02</i>
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	<i>01</i>
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	<i>01</i>
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	<i>01</i>
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAZ 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
25149	DIMORF 10mg	
69855	DORMONID	
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
46832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATACURIO	
26233	CISATACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	<i>380µl</i>
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
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	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	<i>01</i>
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
	LESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	<i>01</i>
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
<i>6012</i>	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	<i>04</i>
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2299	ALGODÃO HIDRÓFILO	<i>06</i>
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
<i>8012</i>	ATADURA CREPON Nº	<i>10</i>
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CANULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	<i>01</i>
27880	COLETOR URINÁRIO ABERTO	
22381	COLETOR URINÁRIO FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 6X25	<i>04</i>
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	<i>05</i>
2585	EQUIPO MACROGOTAS	<i>01</i>
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	<i>6cm</i>
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	<i>20P</i>
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	<i>01</i>
	GUENDEL Nº	<i>04</i>
3468	INTRA-CATH	<i>01</i>
	JELCO Nº	<i>18</i>
	LÂMINA BISTURI Nº	<i>2445</i>
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	
40126	LUVAS 7.5	<i>02</i>
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	<i>6cm</i>
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	<i>02</i>
3689	SERINGA DE 10cc	<i>03</i>
3697	SERINGA DE 20cc	<i>03</i>
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	<i>01</i>
4081	TORNEIRA 03 VIAS	<i>01</i>
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	<i>8/0</i>

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO CIA Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO CIA Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
<i>2430</i>	MONONYLON Nº 20	<i>02</i>
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	<i>20ml</i>
304000	CLOREXIDINA	<i>60ml</i>
2631	ÉTER	<i>30ml</i>
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	<i>1000</i>
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	<i>1pc</i>
	CAPNOGRAFO	<i>1pc</i>
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	<i>2400</i>
	OXÍMETRO DE PULSON	<i>1pc</i>
	VÁCUO	<i>1pc</i>
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	<i>02</i>
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	<i>02</i>
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	<i>Folhas de Auricular</i>	<i>01</i>







**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: *Severino Juvenino Pessoa*

IDADE:

ALERGIAS: *Imagem*

LEITO: *402*

MÉDICO:

DATA: *26 / 06 / 18*

JANHA

*paciente evolui de Alta hospitalar  
às Oth.*

*Cicera Mariana S. Araújo*  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 412951

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

TARDE

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

NOITE

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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Suelio T. Pereira

IDADE:

AL:

Orangeira

LEITO: 70-2

MÉDICO: Uliu

DATA: 25/06/18

ANHA

Paciente consciente e orientado, medicado, realizado controles, aceita dieta, diuresis presente, sem intercorrências, sob os cuidados de enfermagem.

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

ARDE

Paciente evolui estável, consciente orientado, verbaliza, eufórico, ateuil, aceita dieta sem queixas no momento aos cuidados de enfermagem.

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

NOITE

Paciente evolui estável, consciente orientado, eufórico, ateuil, aceita dieta sem queixas no momento.

Marcília de Souza Pereira  
TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
COREN 855932





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Suelio J. Pessoa IDADE:   
ALIA: curativo LEITO: 70.2 MEDICO: Neuro

DATA: 24 / 06 / 18

MANHA

Paciente consciente e ~~orientado~~ desorientado, medicado, afebril e euforico, realizando contatos, aceita dieta, diurese presente, sem intercorrências, sob as cuidados da enfermagem.

Marianna Alves M. de Sousa  
Téc. enfermagem  
COREN PB 1082558

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO PLANTÃO DE ENFERMAGEM  
CUJAS DESPESAS SÃO  
COBRADAS

TARDE

Paciente ~~superior~~ estável, consciente, algo orientado verbalmente, aceita dieta segue as cuidados da enfermagem.

Cicera Alencar S. Araújo  
Téc. enfermagem  
COREN PB 412951

NOITE

Paciente segue com quadro estável, consciente, bom humor, está sendo medicado e p.m. está verbalizando, segue nas orientações e cuidados da enfermagem.

Juara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN 709726 PB



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Suelio J. Pessoa

IDADE:

ALIA: cirurgico

LEITO: 70.2

MEDICO: Neuro

DATA: 23/06/18

MANHA

Paciente consciente e ~~desorientado~~ disorientado, medicado, afetuoso e euforico, em POI, realizado ~~controle~~ em exames, sem intercorrências, sob as cuidados da enfermagem.

Marianna Alves M. de Sousa  
Téc. Enfermagem  
COREN-PA 7082558

TARDE

Paciente evolui desorientado confuso, M.C.P. aceita dieta oferecida sem alterações, segue sob cuidados da equipe.

NOITE

Paciente evolui confuso desorientado, M.C.P.M. aceita Dieta ord. Diuréticos, segue sob cuidados da equipe.

8-10-18

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

Suzi Pereira  
ENFERMAGEM  
COREN 855932





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Samirino Tenente Pessoa IDADE:             
ALA: Clínica LEITO: 70.2 MÉDICO: Neuro

DATA: 22 / 06 / 18

MANHÃ

Paciente consciente e orientado, realizado termografia, aguarda exames de estrografia, dieta: livre em venoclise, realizado controles, diurnos, presente, sob os cuidados da enfermagem.

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

TARDE

Paciente consciente, orientado, verbaliza exames, atitudinal, queixou-se de cefaleia e foi mpm, segue aos cuidados de enfermagem.

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

NOITE

Paciente segue com quadro estável, consciente, orientado, sendo medicado e p.m. atitudinal, exames em andamento, segue aos cuidados da enfermagem. Durante a noite o paciente apresentou episódios de disorientação (confusão mental).

Jucara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 260726





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: Simeone Jonem Pereira IDADE:             
 ALA: cirurgico LEITO: 702 MÉDICO:           

DATA: 21/06/18

MANHÃ

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

TARDE

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

NOITE

Paciente admitido da Emergência  
 sem queixas em Dieta zero P/ possível  
 Procedimento cirúrgico segue  
 sem prescrição de medicação  
 da Emergência.

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

Marcia de Souza Pereira  
 TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
 CRM 659932

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Suelio Moreira Torres  
ALA: Guilherme LEITO: 70.2 CONVÊNIO: SUS  
AGNÓSTICO: DATA: 25/06/18

MEDICAMENTOS		HORÁRIO						
25/6	(1) bit sus + bit							
	(2) bit sus + bit							
	(3) bit sus + bit							
	(4) bit sus + bit							
	(5) bit sus + bit							
	(6) bit sus + bit							
	(7) bit sus + bit							
	(8) bit sus + bit							
	(9) bit sus + bit							
	(10) bit sus + bit							
	(11) bit sus + bit							
	(12) bit sus + bit							
	(13) bit sus + bit							
	(14) bit sus + bit							
	(15) bit sus + bit							
	(16) bit sus + bit							
	(17) bit sus + bit							
	(18) bit sus + bit							
	(19) bit sus + bit							
	(20) bit sus + bit							
	(21) bit sus + bit							
	(22) bit sus + bit							
	(23) bit sus + bit							
	(24) bit sus + bit							
	(25) bit sus + bit							
	(26) bit sus + bit							
	(27) bit sus + bit							
	(28) bit sus + bit							
	(29) bit sus + bit							
	(30) bit sus + bit							

PACIENTE ATENDIDO  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 1291

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

25/6 2 mil unidades de açúcar  
em nível de açúcar

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 1291

26/6 2 mil unidades de açúcar  
em nível de açúcar

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 1291

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





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Suelio Moreira Torres

ALA: Ortopedia

LEITO: 70-2

CONVÊNIO: SUS

GNÓSTICO:

DATA: 24-06-18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
24/6 ① bito ful + bmg	
② bito sup N 8/8	<del>18 22/06</del>
③ haloperidol 25 po pr Ficou 25	<del>08 20</del>
④ diclofenaco N 6/6	<del>12 18 24/06</del>
⑤ antak 10 N 18/12	<del>18 06</del>
⑥ Nuprin 24 N 6	<del>5/11</del>
⑦ bitol	
⑧ cetorolol N 12/12	<del>08 20</del>
⑨ haloperidol 25 po 1x	<del>21</del>

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

24/6 paciente em uso de  
antitrombotico

Dr. Rafael R. Holanda  
CRM-PR 1171









**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Suelio Moreira Torres  
ALIA: cardiaco LEITO: 70-2 CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 23/06

MEDICAMENTOS		HORÁRIO						
23/6	①	Atorvastatina						
	②	Aspirina 12/12						
	③	Nifedipina 20 mg						
	④	Amlodipina 10 mg						
	⑤	Nitroglicerina 0,6 mg 12/12						
	⑥	Nitroglicerina						
	⑦	Nitroglicerina						

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

Dr. Rafael R. Holanda  
CRM: 1291

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

23/6 TC Pulmões de interior Turbul E  
e Turbul inferior D +  
Sinais Int. Turbul O.

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

Dr. Rafael R. Holanda  
CRM: 1291





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Suelio Moreira Penn

ALIA: Aluciano

LEITO: 70.2

CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 22/06

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

22/6

(1) Antif. Paul 1hmg

(2) Antit. DN IV 12/12g ~~10~~ 22

(3) Amoxic. 2x 1000 ~~14~~

(6) Insulin W N 8/105 ~~14~~ 22/06

(4) Nurolog. 1x 1000

(6) Tel. 1000  
1000  
1000

(7) Capto. 25mg - 02comp VO ~~12~~

(8) Vont. PA às 12:30h - 120x80

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 11304

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

22/6

Amil. amil. TC

Pain. de intensidade

NO HOSPITAL

CUJAS DESPESAS FORAM

Pain. de intensidade

ortopedica

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 1291





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Suelio José de Lima

ALA: Cardiaco LEITO: 702 CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO: DATA: 24/06

MEDICAMENTOS		HORÁRIO			
24/6	① Aspirina 100mg				
	② Aspirina 100mg 12/12				
	③ Warfarin 2mg IV				
	④ Serenite 100mg IV 8/8				
	⑤ Kunita 10mg IV				
	⑥ Dexametasona 100mg IV				
	⑦ Buscopan				

PACIENTE

NO HOSPITAL

GUARDA EM

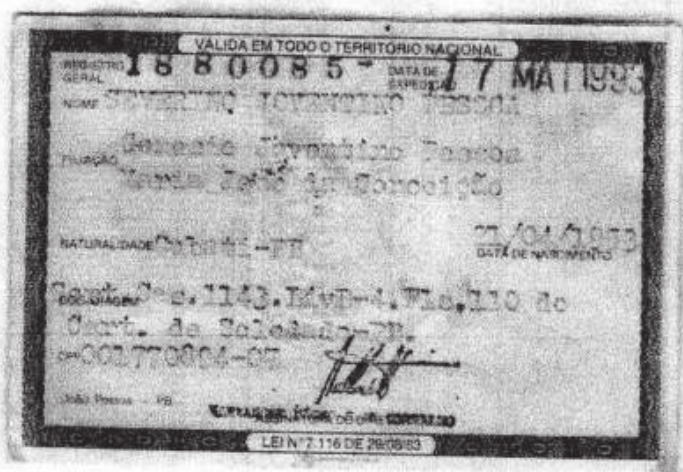
COBRANÇA

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

24/6 evol. cardiologia, melhora  
clínica. Snto: Tórax  
Caudal.

PACIENTE ATENDIDO EM SUS

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









**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETTRAN - PB**  
Nº 011712093678  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 00593172032 99/00000000 2014

NOME: FRANCISCO TAVARES DE OLIVEIRA

CPF: CNPJ: 02565199488 PLACA: 0X05868/PB

PLACA ANTIGA: 0X05868/PB

CHASSI: 902102320ER000096

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NOVO

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/PCX 150

ANO FAB: 2013

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

CATEGORIA: PARTIC

VENC COTA ÚNICA: 28/08/2014

VENC: DOTAS: 1º 2º 3º

TPVA: 10% PM: 10% IPTU: 10%

FAIXA LTV: 1

PREMIO TOTAL (R\$): 100,00

PARCELAMENTO / COTAS: 1

DATA DE PAGAMENTO: 28/08/2014

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 100,00

PREMIO DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL: 15/08/2014

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 011712093678 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 15/09/2014

CPF / CNPJ: 02565199488 PLACA: 0X05868/PB

MARCA / MODELO: HONDA/PCX 150

ANO FAB: 2013

CHASSI: 902102320ER000096

PREMIO TARIFÁRIO

DEMATRI (R\$): 100,00

KOF (R\$): 100,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 100,00

PAGAMENTO: 100,00

PARCELADO: 28/08/2014

COTA ÚNICA: 100,00

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.809/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

33022-1042327-20140915

**COMPREV**

14 MAIO 2019

**PROTOCOLO**

**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 CONSTATANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DÉFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DÉFICIT DE ATENÇÃO, SEM DÉFICIT DE MEMÓRIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRPIO DE CONDUTA, SEM DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTÚRPIO DE PERSONALIDADE, 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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

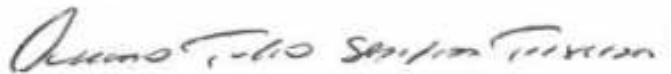
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB





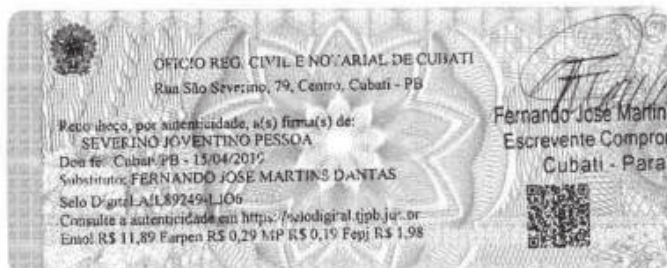
# DECLARAÇÃO

Eu, Severino Joventino Pessoa, brasileiro,  
divorciado, agricultor, portador (a) do RG nº  
1.880.085 expedido por SSP/PB e do CPF nº 001.970.894-07,  
residente e domiciliado(a) na(o) Rua Canoa Velha  
nº 04, Bairro Alto dos Bentes, Cidade Cubati, UF  
PB, DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a  
Seguradora Líder dos Consórcios Dpvt S.A. que o(a) Sr(a).  
proprietário(a) da moto  
modelo: Nonda LXR 125, ano 2013/2014, cor vermelha,  
Placa OXD 5668 / PB, Chassi nº 9027 D232 DER 000996,  
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.

Picuí, PB, 15 de Maio de 2019.

Reconheço a Firma  
Cartório de Cubati

Severino Joventino Pessoa  
Declarante



Fernando Jose Martins Dantas  
Escritor Comprovisado  
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 físico:** SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA 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 CONSTATANDO 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 físico:** SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA 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 CONSTATANDO 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 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 autônoma	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 autônoma	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 SSPB/PB em 17/05/1993 e do CPF nº.  
001.770.894-07, residente na (o)  
Rua Camoa Velha - 04 - Alto dos Bentes  
município de Cubati - PB, CEP 58.164-000.

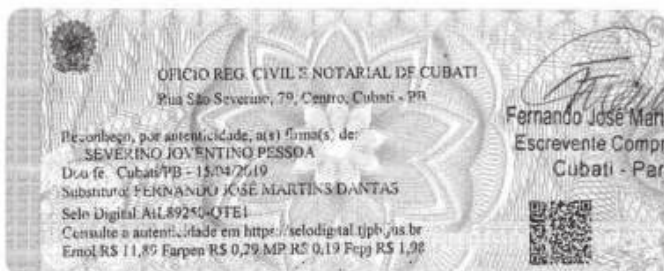
Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.  
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº  
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB.  
e-mail: nilotdantas@hotmail.com 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.



Picuí - 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

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 15/06/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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

CPF de: Próprio

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](http://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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

