



Número: **0800603-77.2021.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **14/04/2021**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>LEONIA DE FATIMA DANTAS (AUTOR)</b>	<b>NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52730 963	15/12/2021 15:23	<a href="#"><u>2849444_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONIA DE FATIMA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180544126**  
Vítima: **LEONIA DE FATIMA DANTAS**  
Data do Acidente: **29/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180544126**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13611650



Pag. 01741/01742 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112151523314800000049978979>  
Número do documento: 2112151523314800000049978979

Num. 52730963 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: LEONIA DE FATIMA DANTAS

Nº Sinistro: 3180544126  
Vítima: LEONIA DE FATIMA DANTAS  
Data do Acidente: 29/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

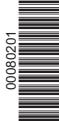
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180544126**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00401/00402 - carta\_04 - INVALIDEZ



00080201

Carta nº 13632561



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112151523314800000049978979>  
Número do documento: 2112151523314800000049978979

Num. 52730963 - Pág. 2

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180544126      **Cidade:** Baraúna      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONIA DE FATIMA DANTAS      **Data do acidente:** 29/04/2018      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** HEMATOMA EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDO.  
FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- REDUÇÃO E SUTURA.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

### 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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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:	
	727.510.374-53	Fátima de Fátima Dantas	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		CPF:	727.510.374-53
Nome completo:	Fátima de Fátima Dantas		Número: SIN Complemento:
Profissão:	Endereço:	Sítio Sítios	
Bairro:	Cidade:	Barrauna	Estado: PB CEP: 58.188-000
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 3331-2224		
NILOTANTAS @GMAIL.COM			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> 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 OPCIÃO DE CONTA

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 qualificação 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 discordar do seu conteúdo.

LEIA, REVEZ, EXERCE  
10 NOV. 2018  
SUELI MOREIRA TORRES  
TESTEMUNHA  
ROGO DE  
FOLIO 040  
PESCA

### 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Rio Claro, 16/11/2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
*Fátima de Fátima Dantas*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





C E R T I D Ã O

Nº. Cont.: 040/2018

**CERTIFICO**, em razão do meu Ofício e a Requerimento **verbal** de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 040/2018, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: Aos 30 dias do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, presente a Autoridade Policial o (a) Bel. Rodrigo Monteiro de Oliveira, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 09:00h.30min. compareceu: **LEÔNIA DE FÁTIMA DANTAS**, brasileira, solteira, agricultora, natural de Picuí/PB, nascida aos 17/01/1964, filha de José Tomás Dantas e Josefa Inês Dantas, residente no Sítio do Mendes zona rural de Baraúna/PB, RG nº1.235.827-SSDS/PB e CPF 727510374-53, contato: 9.99594692; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁ SUJEITO(A)** **CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE** no dia 29 de abril do corrente ano, 2018, por volta das 11:00hs, transitava com a motocicleta tipo Honda pop100 de cor Preta, de placa OEZ 5435/ PB, chassi Nº 9C2HBO210CR440314 no sentido do sitio Mendes, Zona Rural de Baraúna/PB com destino ao Sítio Riacho Fundo, Zona Rural de Baraúna/PB quando foi surpreendida com a parada brusca de um veículo que estava a sua frente na BR, que, ao desviar do veiculo colidiu com outro carro e sofreu uma queda. Que foi socorrida pela SAMU e levada ao hospital regional de Picuí/PB onde ficou internada e após alguns dias foi transferida para a FAP- Fundação Assistencial da Paraíba, em Campina Grande para realizar procedimento cirúrgico, Que como consequência da queda sofreu fraturas no maxilar e na cabeça, que afirmou que no dia de hoje tem dificuldade de lembrar das coisas o que dificulta o seu trabalho. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 30 de outubro de 2018

*Leônia de Fátima Dantas*

COMUNICANTE: LEÔNIA DE FÁTIMA DANTAS

*Rosimery de Araújo Silva*

TESTEMUNHA 1: ROSIMERY DE ARAÚJO SILVA, RG 2.474.763-SSDS/PB, residente No Sítio Mendes, Zona Rural de Baraúna/PB

*Maria das Graças Barbosa dos Santos*

TESTEMUNHA 2: MARIA DAS GRAÇAS BARBOSA DOS SANTOS, RG 3.129.974-SSP/PB, residente no Sítio Lagoa dos Currais, zona Rural de Baraúna/PB

REV PREVIDÊNCIAS/F.  
19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PEREIRA

*Jones Contez*  
APCIPB  
Mat. 181.950-0



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: Fátima de Fátima Dantas		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		CPF:	727.510.374-53	
Nome completo:	Fátima de Fátima Dantas			Número: SIN Complemento:
Profissão:	agricultor	Endereço:	sítio lindos	
Bairro:	Zona rural	Cidade:	Bonaura	Estado: PB CEP: 58.188-000
E-mail:	NILOTDANTAS@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): (83) 3331-2224
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b> <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				
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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 checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA:	4916	CONTA:	11836	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		

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

<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>				
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):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 qualificação 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 discordar do seu conteúdo.  <i>LEONÍDIA REVERELENTINA DANTAS 10 NOV. 2018 SUELI MOREIRA TORRES</i>				

<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>				
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.				

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  <i>Fátima de Fátima Dantas</i>	Local e Data: <u>Picuí-PE, 16/11/2018</u>	TESTEMUNHAS	
	Name: _____	1º   Nome: _____	CPF: _____
CPF: _____	Assinatura		
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º   Nome: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)      Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ  
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73

Home Page:  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CNPJ: 08.619.650/0001-21

**BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192**

Picuí/PB, 04 de julho de 2018.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Picuí/PB foi acionado para prestar socorro e atendimento pré-hospitalar com a Unidade de Suporte Básico no dia 29 de abril de 2018 ao Sr<sup>a</sup> Leônia de Fátima Dantas, 54 anos, CPF 727.510.374-53 SSP/PB, vítima de colisão carro com moto, vítima encontrava-se consciente, orientada com hálito etílico, agitada e não colaborativa, apresentando Traumatismo crânio-encefálico moderado, trauma de face e edema importante, hematoma retro-orbitário esquerdo, foi medicada e removida para Hospital Regional de Picuí. Em seguida, foi realizada remoção pela Unidade de Suporte Avançado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde seguiu aos cuidados da equipe da referida instituição.

  
Gesska de Oliveira Macedo Costa  
Coordenadora Municipal do SAMU PICUÍ/PB

REVISÃO PREVIDÊNCIA SÍN  
19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO PESO

Rua: Galdino Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB  
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 – e-mail:





19 NOV. 2018

PROTÓCOLO  
C. JOÃO PESSOA

LURKREV PREVIDÊNCIAS/ENERGISA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: <a href="http://www.energisa.com.br">www.energisa.com.br</a>	
Conta referente a Ago / 2018	Apresentação 15/08/2018
Data prevista da próxima leitura 13/09/2018	
CPF/ CNPJ/ RANI 727.510.374-65	
UC (Unidade Consumidora): 5/1151180-5	
Canal de contato	

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/07/18	Lectura 15912	Data 15/08/18	Lectura 16022	
<b>Demonstrativo</b>				
Quantidade Total (R\$) ICMS(R\$) ICMS ST (R\$) ICMS ST (R\$) Base/Fat. Pord. Outros(R\$)				
0801 Consumo em kWh	114.000 0.266630	42,02 0,00 0 0,00 42,02 0,46 2,10		
0801 Adic. B vermelha	6,06 0,00 0 0,00 6,06 0,06 0,36			
0810 Sucessão	18,01 0,00 0 0,00 18,01 0,78 0,30			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 07/2018	0,31 0,00 0 0,00 1,00 0,00 0,00			
0805 MULTADAS/2018	1,10 0,00 0 0,00 1,00 0,00 0,00			
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,15 0,00 0 0,00 1,00 0,00 0,00			
0808 Devolução Subsídio	-18,82 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			



CTC RECIFE/PE/PL7

PC-16

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



Postagem: 05/11/2018

Vencimento: 17/11/2018

Emissão: 01/11/2018

Fechamento próxima fatura: 12/12/2018

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

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

vencimento

17/11/2018

A) pagamento total

774,95

B) pagamento mínimo

151,63

C) parcelas fixas

77,48  
+23x 77,48

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quanto entre o valor constante neste 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\$**

Límite total de crédito	1.980,00
Límite utilizado no mês	774,95
Fornada de recursos Ponto(saque)	90,00

**Lançamentos: compras e saques**

NILO T DANTAS (final 9264)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
13/07	VAREJÃO DOS PARAFUSOS/04/06	50,00
28/08	CAMPINA GRAND	
09/08	FARMÁCIA 03/03	260,00
28/08	AZUL LINH 03/03	135,25
27/09	CAMPINA GRAND	
27/09	FARMÁCIA DIAS 25 02/02	93,18
27/09	FARMÁCIA DIAS 25	-0,01
03/10	CAMPINA GRAND	
03/10	EBANX-TRA 01/06	19,90
04/10	AGROCAMPO 01/02	75,00
27/10	POSTO SAN CAICO	100,00

Veja outras opções na 2ª folha

Continua...

Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

Número do Documento

001357177980135027

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047551.774-65

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A -03.012.250/0001-69

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251, 1º A, GRACAS - RECIFE - PE

recibo do pagador

175/35717798-8

R\$ 774,95

Vencimento:

17/11/2018

Autenticação Mecânica



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112151523314800000049978979

Número do documento: 2112151523314800000049978979

Num. 52730963 - Pág. 9



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

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

### INFORMAÇÕES 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<sup>1</sup> 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 LEONIA DE FATIMA DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 727 510 374 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura JNAUDEZ da Vítima LEONIA DE FATIMA DANTAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 727 510 374 / 53, 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 <b>Rua Roldão Zacarias de Macedo</b>		Número <b>145</b>	Complemento <b>casa</b>
Bairro <b>JK</b>	Cidade <b>Picui</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58187-000</b>
Email <b>nilotdantas@hotmail.com</b>	Telefone comercial (DDD) <b>(83)33712274</b>	Telefone celular (DDD) <b>(83) 999125490</b>	

Picui/PB 16 de 11  
Local e Data

Nilo Trigues D  
Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO DE PESQUISA  
19 NOV. 2018  
C. 10018  
PROVÉDENCIA SIA  
TJ PB

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Henrique Dantas,

RG nº 133.352, data de expedição 30/07/1975

Órgão SSP, PB, portador do CPF nº 108.864.514-34, com  
domicílio na cidade de Picuí, no Estado de

PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua José Otávio Dantas, nº 180.

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Leônio de Fátima Dantas cujo o condutor era a mesma.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda / POP 100

Ano: 2012

Placa: 06Z 5435 IPB

Chassi: 9C2HBO230CR440314

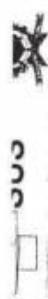
Data do Acidente: 29/04/2018

Local e Data: Picuí - PB, 30 de Outubro de 2018

  
José Henrique Dantas  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60  
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI  
 END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO  
 MUNICÍPIO: PICUI \* ESTADO: PARAÍBA UF: 25  
 Nome: LEONIA DE FATIMA DANTAS  
 Raça/Cor: PARDA  
 Dt. Nasc: 17/01/1964 Idade: 54 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: F

Mãe: JOSEFA INES DANTAS Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: ST DO MENDES N°: 0

Bairro: ZONA RURAL

Município/CEP/IBGE: BARAUNA / 58.188-000 / 256153

Telefone para contato: (83) 9942-5095 /

Data e Hora: 29/04/2018 13:45:28

SSV

PESO: TEMP.: PA:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Passado: Boa. Noite e Boa Manhã.*

*Atividades: Exercício. Atividades.*

*Vida social: Adversa. Trabalho.*

*Exames: PREVISTOS*

*Protocolo: PROTOCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*

*EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)*

*RESULTADOS*

*PROTÓCOLO PESSOAL*

*19 NOV. 2018*



**SUS**

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI  
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO

MUNICIPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Name: LEONIA DE FATIMA DANTAS  
RazaiCor: PARD

DI. Nasc: 17/01/1964 Idade: 54 anos(mês(es) de Idade dia(as) de Idade) Sexo: F  
Mãe: JOSEFA INES DANTAS

Documento: 1235827 N<sup>o</sup>: 0  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: ST DO MENDES  
Bairro: ZONA RURAL  
Município/CEP/IBGE: BARAÚNA / 58.188-000 / 250153

Télefone para contato: (83) 9942-5095 / CNS: 704201271278788  
Data e Hora: 21/05/2018 13:20:33 SSVV

PESO: PA: TEMP: CID: 10:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)  
1. Anamnese: *Capim leste do Rio São João*  
2. Exame Físico: *percutido, teto, arredondado, macio, não houve lesões cutâneas, tórax, abdômen, genitais, exames normais.*

3. Exames realizados na Unidade: (TIPOS)  
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

4. Protocolos: NOV. 2018

5. Resultados: NOV. 2018

6. Assinatura: Dr. Edgley Porta

7. CRM: 223263

8. CBO: 3648 CBO

9. ASS. DO PROFISSIONAL: ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

10. ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: CARIMBO

11. ASS. DO REVISOR TÉCNICO: CARIMBO

12. ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: CARIMBO

13. RECEPCIONISTA: HRP

**MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

- 4. \_\_\_\_\_
- 01 - ELETIVO
- 02 - URGENCIA
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

**PROCEDIMENTO - descrição:**

*Exame de emergencia*

- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_
- 25. \_\_\_\_\_
- 26. \_\_\_\_\_
- 27. \_\_\_\_\_
- 28. \_\_\_\_\_
- 29. \_\_\_\_\_
- 30. \_\_\_\_\_
- 31. \_\_\_\_\_
- 32. \_\_\_\_\_
- 33. \_\_\_\_\_
- 34. \_\_\_\_\_
- 35. \_\_\_\_\_
- 36. \_\_\_\_\_
- 37. \_\_\_\_\_
- 38. \_\_\_\_\_
- 39. \_\_\_\_\_
- 40. \_\_\_\_\_
- 41. \_\_\_\_\_
- 42. \_\_\_\_\_
- 43. \_\_\_\_\_
- 44. \_\_\_\_\_
- 45. \_\_\_\_\_
- 46. \_\_\_\_\_
- 47. \_\_\_\_\_
- 48. \_\_\_\_\_
- 49. \_\_\_\_\_
- 50. \_\_\_\_\_
- 51. \_\_\_\_\_
- 52. \_\_\_\_\_
- 53. \_\_\_\_\_
- 54. \_\_\_\_\_
- 55. \_\_\_\_\_
- 56. \_\_\_\_\_
- 57. \_\_\_\_\_
- 58. \_\_\_\_\_
- 59. \_\_\_\_\_
- 60. \_\_\_\_\_
- 61. \_\_\_\_\_
- 62. \_\_\_\_\_
- 63. \_\_\_\_\_
- 64. \_\_\_\_\_
- 65. \_\_\_\_\_
- 66. \_\_\_\_\_
- 67. \_\_\_\_\_
- 68. \_\_\_\_\_
- 69. \_\_\_\_\_
- 70. \_\_\_\_\_
- 71. \_\_\_\_\_
- 72. \_\_\_\_\_
- 73. \_\_\_\_\_
- 74. \_\_\_\_\_
- 75. \_\_\_\_\_
- 76. \_\_\_\_\_
- 77. \_\_\_\_\_
- 78. \_\_\_\_\_
- 79. \_\_\_\_\_
- 80. \_\_\_\_\_
- 81. \_\_\_\_\_
- 82. \_\_\_\_\_
- 83. \_\_\_\_\_
- 84. \_\_\_\_\_
- 85. \_\_\_\_\_
- 86. \_\_\_\_\_
- 87. \_\_\_\_\_
- 88. \_\_\_\_\_
- 89. \_\_\_\_\_
- 90. \_\_\_\_\_
- 91. \_\_\_\_\_
- 92. \_\_\_\_\_
- 93. \_\_\_\_\_
- 94. \_\_\_\_\_
- 95. \_\_\_\_\_
- 96. \_\_\_\_\_
- 97. \_\_\_\_\_
- 98. \_\_\_\_\_
- 99. \_\_\_\_\_
- 100. \_\_\_\_\_
- 101. \_\_\_\_\_
- 102. \_\_\_\_\_
- 103. \_\_\_\_\_
- 104. \_\_\_\_\_
- 105. \_\_\_\_\_
- 106. \_\_\_\_\_
- 107. \_\_\_\_\_
- 108. \_\_\_\_\_
- 109. \_\_\_\_\_
- 110. \_\_\_\_\_
- 111. \_\_\_\_\_
- 112. \_\_\_\_\_
- 113. \_\_\_\_\_
- 114. \_\_\_\_\_
- 115. \_\_\_\_\_
- 116. \_\_\_\_\_
- 117. \_\_\_\_\_
- 118. \_\_\_\_\_
- 119. \_\_\_\_\_
- 120. \_\_\_\_\_
- 121. \_\_\_\_\_
- 122. \_\_\_\_\_
- 123. \_\_\_\_\_
- 124. \_\_\_\_\_
- 125. \_\_\_\_\_
- 126. \_\_\_\_\_
- 127. \_\_\_\_\_
- 128. \_\_\_\_\_
- 129. \_\_\_\_\_
- 130. \_\_\_\_\_
- 131. \_\_\_\_\_
- 132. \_\_\_\_\_
- 133. \_\_\_\_\_
- 134. \_\_\_\_\_
- 135. \_\_\_\_\_
- 136. \_\_\_\_\_
- 137. \_\_\_\_\_
- 138. \_\_\_\_\_
- 139. \_\_\_\_\_
- 140. \_\_\_\_\_
- 141. \_\_\_\_\_
- 142. \_\_\_\_\_
- 143. \_\_\_\_\_
- 144. \_\_\_\_\_
- 145. \_\_\_\_\_
- 146. \_\_\_\_\_
- 147. \_\_\_\_\_
- 148. \_\_\_\_\_
- 149. \_\_\_\_\_
- 150. \_\_\_\_\_
- 151. \_\_\_\_\_
- 152. \_\_\_\_\_
- 153. \_\_\_\_\_
- 154. \_\_\_\_\_
- 155. \_\_\_\_\_
- 156. \_\_\_\_\_
- 157. \_\_\_\_\_
- 158. \_\_\_\_\_
- 159. \_\_\_\_\_
- 160. \_\_\_\_\_
- 161. \_\_\_\_\_
- 162. \_\_\_\_\_
- 163. \_\_\_\_\_
- 164. \_\_\_\_\_
- 165. \_\_\_\_\_
- 166. \_\_\_\_\_
- 167. \_\_\_\_\_
- 168. \_\_\_\_\_
- 169. \_\_\_\_\_
- 170. \_\_\_\_\_
- 171. \_\_\_\_\_
- 172. \_\_\_\_\_
- 173. \_\_\_\_\_
- 174. \_\_\_\_\_
- 175. \_\_\_\_\_
- 176. \_\_\_\_\_
- 177. \_\_\_\_\_
- 178. \_\_\_\_\_
- 179. \_\_\_\_\_
- 180. \_\_\_\_\_
- 181. \_\_\_\_\_
- 182. \_\_\_\_\_
- 183. \_\_\_\_\_
- 184. \_\_\_\_\_
- 185. \_\_\_\_\_
- 186. \_\_\_\_\_
- 187. \_\_\_\_\_
- 188. \_\_\_\_\_
- 189. \_\_\_\_\_
- 190. \_\_\_\_\_
- 191. \_\_\_\_\_
- 192. \_\_\_\_\_
- 193. \_\_\_\_\_
- 194. \_\_\_\_\_
- 195. \_\_\_\_\_
- 196. \_\_\_\_\_
- 197. \_\_\_\_\_
- 198. \_\_\_\_\_
- 199. \_\_\_\_\_
- 200. \_\_\_\_\_
- 201. \_\_\_\_\_
- 202. \_\_\_\_\_
- 203. \_\_\_\_\_
- 204. \_\_\_\_\_
- 205. \_\_\_\_\_
- 206. \_\_\_\_\_
- 207. \_\_\_\_\_
- 208. \_\_\_\_\_
- 209. \_\_\_\_\_
- 210. \_\_\_\_\_
- 211. \_\_\_\_\_
- 212. \_\_\_\_\_
- 213. \_\_\_\_\_
- 214. \_\_\_\_\_
- 215. \_\_\_\_\_
- 216. \_\_\_\_\_
- 217. \_\_\_\_\_
- 218. \_\_\_\_\_
- 219. \_\_\_\_\_
- 220. \_\_\_\_\_
- 221. \_\_\_\_\_
- 222. \_\_\_\_\_
- 223. \_\_\_\_\_
- 224. \_\_\_\_\_
- 225. \_\_\_\_\_
- 226. \_\_\_\_\_
- 227. \_\_\_\_\_
- 228. \_\_\_\_\_
- 229. \_\_\_\_\_
- 230. \_\_\_\_\_
- 231. \_\_\_\_\_
- 232. \_\_\_\_\_
- 233. \_\_\_\_\_
- 234. \_\_\_\_\_
- 235. \_\_\_\_\_
- 236. \_\_\_\_\_
- 237. \_\_\_\_\_
- 238. \_\_\_\_\_
- 239. \_\_\_\_\_
- 240. \_\_\_\_\_
- 241. \_\_\_\_\_
- 242. \_\_\_\_\_
- 243. \_\_\_\_\_
- 244. \_\_\_\_\_
- 245. \_\_\_\_\_
- 246. \_\_\_\_\_
- 247. \_\_\_\_\_
- 248. \_\_\_\_\_
- 249. \_\_\_\_\_
- 250. \_\_\_\_\_
- 251. \_\_\_\_\_
- 252. \_\_\_\_\_
- 253. \_\_\_\_\_
- 254. \_\_\_\_\_
- 255. \_\_\_\_\_
- 256. \_\_\_\_\_
- 257. \_\_\_\_\_
- 258. \_\_\_\_\_
- 259. \_\_\_\_\_
- 260. \_\_\_\_\_
- 261. \_\_\_\_\_
- 262. \_\_\_\_\_
- 263. \_\_\_\_\_
- 264. \_\_\_\_\_
- 265. \_\_\_\_\_
- 266. \_\_\_\_\_
- 267. \_\_\_\_\_
- 268. \_\_\_\_\_
- 269. \_\_\_\_\_
- 270. \_\_\_\_\_
- 271. \_\_\_\_\_
- 272. \_\_\_\_\_
- 273. \_\_\_\_\_
- 274. \_\_\_\_\_
- 275. \_\_\_\_\_
- 276. \_\_\_\_\_
- 277. \_\_\_\_\_
- 278. \_\_\_\_\_
- 279. \_\_\_\_\_
- 280. \_\_\_\_\_
- 281. \_\_\_\_\_
- 282. \_\_\_\_\_
- 283. \_\_\_\_\_
- 284. \_\_\_\_\_
- 285. \_\_\_\_\_
- 286. \_\_\_\_\_
- 287. \_\_\_\_\_
- 288. \_\_\_\_\_
- 289. \_\_\_\_\_
- 290. \_\_\_\_\_
- 291. \_\_\_\_\_
- 292. \_\_\_\_\_
- 293. \_\_\_\_\_
- 294. \_\_\_\_\_
- 295. \_\_\_\_\_
- 296. \_\_\_\_\_
- 297. \_\_\_\_\_
- 298. \_\_\_\_\_
- 299. \_\_\_\_\_
- 300. \_\_\_\_\_
- 301. \_\_\_\_\_
- 302. \_\_\_\_\_
- 303. \_\_\_\_\_
- 304. \_\_\_\_\_
- 305. \_\_\_\_\_
- 306. \_\_\_\_\_
- 307. \_\_\_\_\_
- 308. \_\_\_\_\_
- 309. \_\_\_\_\_
- 310. \_\_\_\_\_
- 311. \_\_\_\_\_
- 312. \_\_\_\_\_
- 313. \_\_\_\_\_
- 314. \_\_\_\_\_
- 315. \_\_\_\_\_
- 316. \_\_\_\_\_
- 317. \_\_\_\_\_
- 318. \_\_\_\_\_
- 319. \_\_\_\_\_
- 320. \_\_\_\_\_
- 321. \_\_\_\_\_
- 322. \_\_\_\_\_
- 323. \_\_\_\_\_
- 324. \_\_\_\_\_
- 325. \_\_\_\_\_
- 326. \_\_\_\_\_
- 327. \_\_\_\_\_
- 328. \_\_\_\_\_
- 329. \_\_\_\_\_
- 330. \_\_\_\_\_
- 331. \_\_\_\_\_
- 332. \_\_\_\_\_
- 333. \_\_\_\_\_
- 334. \_\_\_\_\_
- 335. \_\_\_\_\_
- 336. \_\_\_\_\_
- 337. \_\_\_\_\_
- 338. \_\_\_\_\_
- 339. \_\_\_\_\_
- 340. \_\_\_\_\_
- 341. \_\_\_\_\_
- 342. \_\_\_\_\_
- 343. \_\_\_\_\_
- 344. \_\_\_\_\_
- 345. \_\_\_\_\_
- 346. \_\_\_\_\_
- 347. \_\_\_\_\_
- 348. \_\_\_\_\_
- 349. \_\_\_\_\_
- 350. \_\_\_\_\_
- 351. \_\_\_\_\_
- 352. \_\_\_\_\_
- 353. \_\_\_\_\_
- 354. \_\_\_\_\_
- 355. \_\_\_\_\_
- 356. \_\_\_\_\_
- 357. \_\_\_\_\_
- 358. \_\_\_\_\_
- 359. \_\_\_\_\_
- 360. \_\_\_\_\_
- 361. \_\_\_\_\_
- 362. \_\_\_\_\_
- 363. \_\_\_\_\_
- 364. \_\_\_\_\_
- 365. \_\_\_\_\_
- 366. \_\_\_\_\_
- 367. \_\_\_\_\_
- 368. \_\_\_\_\_
- 369. \_\_\_\_\_
- 370. \_\_\_\_\_
- 371. \_\_\_\_\_
- 372. \_\_\_\_\_
- 373. \_\_\_\_\_
- 374. \_\_\_\_\_
- 375. \_\_\_\_\_
- 376. \_\_\_\_\_
- 377. \_\_\_\_\_
- 378. \_\_\_\_\_
- 379. \_\_\_\_\_
- 380. \_\_\_\_\_
- 381. \_\_\_\_\_
- 382. \_\_\_\_\_
- 383. \_\_\_\_\_
- 384. \_\_\_\_\_
- 385. \_\_\_\_\_
- 386. \_\_\_\_\_
- 387. \_\_\_\_\_
- 388. \_\_\_\_\_
- 389. \_\_\_\_\_
- 390. \_\_\_\_\_
- 391. \_\_\_\_\_
- 392. \_\_\_\_\_
- 393. \_\_\_\_\_
- 394. \_\_\_\_\_
- 395. \_\_\_\_\_
- 396. \_\_\_\_\_
- 397. \_\_\_\_\_
- 398. \_\_\_\_\_
- 399. \_\_\_\_\_
- 400. \_\_\_\_\_
- 401. \_\_\_\_\_
- 402. \_\_\_\_\_
- 403. \_\_\_\_\_
- 404. \_\_\_\_\_
- 405. \_\_\_\_\_
- 406. \_\_\_\_\_
- 407. \_\_\_\_\_
- 408. \_\_\_\_\_
- 409. \_\_\_\_\_
- 410. \_\_\_\_\_
- 411. \_\_\_\_\_
- 412. \_\_\_\_\_
- 413. \_\_\_\_\_
- 414. \_\_\_\_\_
- 415. \_\_\_\_\_
- 416. \_\_\_\_\_
- 417. \_\_\_\_\_
- 418. \_\_\_\_\_
- 419. \_\_\_\_\_
- 420. \_\_\_\_\_
- 421. \_\_\_\_\_
- 422. \_\_\_\_\_
- 423. \_\_\_\_\_
- 424. \_\_\_\_\_
- 425. \_\_\_\_\_
- 426. \_\_\_\_\_
- 427. \_\_\_\_\_
- 428. \_\_\_\_\_
- 429. \_\_\_\_\_
- 430. \_\_\_\_\_
- 431. \_\_\_\_\_
- 432. \_\_\_\_\_
- 433. \_\_\_\_\_
- 434. \_\_\_\_\_
- 435. \_\_\_\_\_
- 436. \_\_\_\_\_
- 437. \_\_\_\_\_
- 438. \_\_\_\_\_
- 439. \_\_\_\_\_
- 440. \_\_\_\_\_
- 441. \_\_\_\_\_
- 442. \_\_\_\_\_
- 443. \_\_\_\_\_
- 444. \_\_\_\_\_
- 445. \_\_\_\_\_
- 446. \_\_\_\_\_
- 447. \_\_\_\_\_
- 448. \_\_\_\_\_
- 449. \_\_\_\_\_
- 450. \_\_\_\_\_
- 451. \_\_\_\_\_
- 452. \_\_\_\_\_
- 453. \_\_\_\_\_
- 454. \_\_\_\_\_
- 455. \_\_\_\_\_
- 456. \_\_\_\_\_
- 457. \_\_\_\_\_
- 458. \_\_\_\_\_
- 459. \_\_\_\_\_
- 460. \_\_\_\_\_
- 461. \_\_\_\_\_
- 462. \_\_\_\_\_
- 463. \_\_\_\_\_
- 464. \_\_\_\_\_
- 465. \_\_\_\_\_
- 466. \_\_\_\_\_
- 467. \_\_\_\_\_
- 468. \_\_\_\_\_
- 469. \_\_\_\_\_
- 470. \_\_\_\_\_
- 471. \_\_\_\_\_
- 472. \_\_\_\_\_
- 473. \_\_\_\_\_
- 474. \_\_\_\_\_
- 475. \_\_\_\_\_
- 476. \_\_\_\_\_
- 477. \_\_\_\_\_
- 478. \_\_\_\_\_
- 479. \_\_\_\_\_
- 480. \_\_\_\_\_
- 481. \_\_\_\_\_
- 482. \_\_\_\_\_
- 483. \_\_\_\_\_
- 484. \_\_\_\_\_
- 485. \_\_\_\_\_
- 486. \_\_\_\_\_
- 487. \_\_\_\_\_
- 488. \_\_\_\_\_
- 489. \_\_\_\_\_
- 490. \_\_\_\_\_
- 491. \_\_\_\_\_
- 492. \_\_\_\_\_
- 493. \_\_\_\_\_
- 494. \_\_\_\_\_
- 495. \_\_\_\_\_
- 496. \_\_\_\_\_
- 497. \_\_\_\_\_
- 498. \_\_\_\_\_
- 499. \_\_\_\_\_
- 500. \_\_\_\_\_

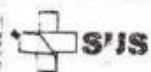
CID: 10:

**ENCAMINHAMENTO:**

- OBSERVAÇÃO
- RESIDÊNCIA
- INTERNACAO
- OUTRO HOSPITAL
- OBITO
- OUTROS

**SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:**

- 1.  Dr. Edgley Porta
- 2.  *Ass. profissional*
- 3.  *Ass. profissional*
- 4.  *Ass. profissional*
- 5.  *Ass. profissional*
- 6.  *Ass. profissional*
- 7.  *Ass. profissional*
- 8.  *Ass. profissional*
- 9.  *Ass. profissional*
- 10.  *Ass. profissional*
- 11.  *Ass. profissional*
- 12.  *Ass. profissional*
- 13.  *Ass. profissional*
- 14.  *Ass. profissional*
- 15.  *Ass. profissional*
- 16.  *Ass. profissional*
- 17.  *Ass. profissional*
- 18.  *Ass. profissional*
- 19.  *Ass. profissional*
- 20.  *Ass. profissional*
- 21.  *Ass. profissional*
- 22.  *Ass. profissional*
- 23.  *Ass. profissional*
- 24.  *Ass. profissional*
- 25.  *Ass. profissional*
- 26.  *Ass. profissional*
- 27.  *Ass. profissional*
- 28.  *Ass. profissional*
- 29.  *Ass. profissional*
- 30.  *Ass. profissional*
- 31.  *Ass. profissional*
- 32.  *Ass. profissional*
- 33.  *Ass. profissional*
- 34.  *Ass. profissional*
- 35.  *Ass. profissional*
- 36.  *Ass. profissional*
- 37.  *Ass. profissional*
- 38.  *Ass. profissional*
- 39.  *Ass. profissional*
- 40.  *Ass. profissional*
- 41.  *Ass. profissional*
- 42.  *Ass. profissional*
- 43.  *Ass. profissional*
- 44.  *Ass. profissional*
- 45.  *Ass. profissional*
- 46.  *Ass. profissional*
- 47.  *Ass. profissional*
- 48.  *Ass. profissional*
- 49.  *Ass. profissional*
- 50.  *Ass. profissional*
- 51.  *Ass. profissional*
- 52.  *Ass. profissional*
- 53.  *Ass. profissional*
- 54.  *Ass. profissional*
- 55.  *Ass. profissional*
- 56.  *Ass. profissional*
- 57.  *Ass. profissional*
- 58.  *Ass. profissional*
- 59.  *Ass. profissional*
- 60.  *Ass. profissional*
- 61.  *Ass. profissional*
- 62.  *Ass. profissional*
- 63.  *Ass. profissional*
- 64.  *Ass. profissional*
- 65.  *Ass. profissional*
- 66.  *Ass. profissional*
- 67.  *Ass. profissional*
- 68.  *Ass. profissional*
- 69.  *Ass. profissional*
- 70.  *Ass. profissional*
- 71.  *Ass. profissional*
- 72.  *Ass. profissional*
- 73.  *Ass. profissional*
- 74.  *Ass. profissional*
- 75.  *Ass. profissional*
- 76.  *Ass. profissional*
- 77.  *Ass. profissional*
- 78.  *Ass. profissional*
- 79.  *Ass. profissional*
- 80.  *Ass. profissional*
- 81.  *Ass. profissional*
- 82.  *Ass. profissional*
- 83.  *Ass. profissional*
- 84.  *Ass. profissional*
- 85.  *Ass. profissional*
- 86.  *Ass. profissional*
- 87.  *Ass. profissional*
- 88.  *Ass. profissional*
- 89.  *Ass. profissional*
- 90.  *Ass. profissional*
- 91.  *Ass. profissional*
- 92.  *Ass. profissional*
- 93.  *Ass. profissional*
- 94.  *Ass. profissional*
- 95.  *Ass. profissional*
- 96.  *Ass. profissional*
- 97.  *Ass. profissional*
- 98.  *Ass. profissional*
- 99.  *Ass. profissional*
- 100.  *Ass. profissional*
- 101.  *Ass. profissional*
- 102.  *Ass. profissional*
- 103.  *Ass. profissional*
- 104.  *Ass. profissional*
- 105.  *Ass. profissional*
- 106.  *Ass. profissional*
- 107.  *Ass. profissional*
- 108.  *Ass. profissional*
- 109.  *Ass. profissional*
- 110.  *Ass. profissional*
- 111.  *Ass. profissional*
- 112.  *Ass. profissional*
- 113.  *Ass. profissional*
- 114.  *Ass. profissional*
- 115.  *Ass. profissional*
- 116.  *Ass. profissional*
- 117.  *Ass. profissional*
- 118.  *Ass. profissional*
- 119.  *Ass. profissional*
- 120.  *Ass. profissional*
- 121.  *Ass. profissional*
- 122.  *Ass. profissional*
- 123.  *Ass. profissional*
- 124.  *Ass. profissional*
- 125.  *Ass. profissional*
- 126.  *Ass. profissional*
- 127.  *Ass. profissional*
- 128.  *Ass. profissional*
- 129.  *Ass. profissional*
- 130.  *Ass. profissional*
- 131.  *Ass. profissional*
- 132.  *Ass. profissional*
- 133.  *Ass. profissional*
- 134.  *Ass. profissional*
- 135.  *Ass. profissional*
- 136.  *Ass. profissional*
- 137.  *Ass. profissional*
- 138.  *Ass. profissional*
- 139.  *Ass. profissional*
- 140.  *Ass. profissional*
- 141.  *Ass. profissional*
- 142.  *Ass. profissional*
- 143.  *Ass. profissional*
- 144.  *Ass. profissional*
- 145.  *Ass. profissional*
- 146.  *Ass. profissional*
- 147.  *Ass. profissional*
- 148.  *Ass. profissional*
- 149.  *Ass. profissional*
- 150.  *Ass. profissional*
- 151.  *Ass. profissional*
- 152.  *Ass. profissional*
- 153.  *Ass. profissional*
- 154.  *Ass. profissional*
- 155.  *Ass. profissional*
- 156.  *Ass. profissional*
- 157.  *Ass. profissional*
- 158.  *Ass. profissional*
- 159.  *Ass. profissional*
- 160.  *Ass. profissional*
- 161.  *Ass. profissional*
- 162.  *Ass. profissional*
- 163.  *Ass. profissional*
- 164.  *Ass. profissional*
- 165.  *Ass. profissional*
- 166.  *Ass. profissional*
- 167.  *Ass. profissional*
- 168.  *Ass. profissional*
- 169.  *Ass. profissional*
- 170.  *Ass. profissional*
- 171.  *Ass. profissional*
- 172.  *Ass. profissional*
- 173.  *Ass. profissional*
- 174.  *Ass. profissional*
- 175.  *Ass. profissional*
- 176.  *Ass. profissional*
- 177.  <i



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ**

2 - C. S.

**2757710**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE

*Leônio da Fontoura Dantas*

4 - N° DO PRONTUÁRIO

**92748**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

# 204 2012-127 87 39

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/01/91

7 - SEXO

Masc.  Fem.

8 - RACIOCOR

*Pardo*

9 - NOME DA MÃE

*Joséfa Inês Dantas*

10 - TELEFONE DE CONTATO

000 ( ) N° DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

*Maria das Graças Dantas Costa*

12 - TELEFONE DE CONTATO

000 ( ) N° DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

*St. Do mender*

14 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

*Bonito*

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

280153

16 - UF

PI

17 - CEP

58188000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Painel acintoso no lado esquerdo apresentando quadro de hematocele parcialmente associado à tumores nos testículos há 15 meses / d*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Exame necessário para sua filha clínico Hospital Regional de Picuí*

*Hospital Regional de Picuí  
Atesto conforme o original  
Picuí, 23/12/2018  
Arquivo Médico  
Relatório de Lívia D. Freitas*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Exames + Rm*

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Hematocele parcial G*

22 - CID 10 PRINCIPAL

**T810**

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CÓDIGO ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Anal. exame*

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

**030640015**

27 - CLÍNICA

**U**

28 - CARATÉR DA INFORMAÇÃO

**U**

29 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

**04628857474**

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Dr Edson Góis*

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**21/12/18**

33 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DE REGISTRO DO CONSELHO

*Cirurgia e Traumatologia  
Euro-Maxilo - Facial  
145 Largo 52253-000*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**04628857474**

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

**19 NOV. 2018**

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)

*REVISÃO PREVIDÊNCIA S/A*

*G. JOÃO PESSOA*

*PROTÓCOLO*

*19 NOV. 2018*



<b>NOME:</b> Leonia de Fátima Dantas <b>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:</b> Hematoma em região zigomática E		<b>IDADE:</b> 54	<b>PRONTUÁRIO N°:</b> 92.748						
		<b>ENFERMARIA:</b> QG	<b>DATA DA INTERNAÇÃO:</b> 21.05.2018						
			<b>DATA ATUAL:</b> 21.05.2018						
<b>E VOLUÇÂO DIÁRIA</b>									
<b>Nº</b>	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	<b>HORÁRIOS</b>							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Dietá livre								
2	S.F. 0,9% 1000 ml EV								
3	S.G 5% 500 ml EV								
4	Cefalotina 1g EV de 6/6h								
5	Dipirona 2ml + AD EV de 6/6h(S/N)								
6	Dexametasona 4mg 1 ampola EV de 12/12hs								
7	Decubito dorsal em 0°								
8	Guardados Gerais								
9	Dr. E. L. T. Ribeiro Dr. E. L. T. Ribeiro Bucal Maxilo-Oral 22/22 Bucal 36/38 CBO 223328								
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

DR. E. L. T. Ribeiro  
Traumatologista  
Bucal-Maxilo-Facial  
CRM-PB 2348 CBO 223328

CONFIREV PREVIDÊNCIAS S/A  
19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
G. JOÃO PESSOA





**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)**

NAME: "HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ" "Dr. Felipe Tiago Gomes"  
ENDERECO: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15  
CEP: 58187-009 - CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710  
BAIRRO: MONTE SANTO  
C.N.P.J. C3.519.174/0001-85  
MUNICÍPIO: PICUÍ  
ESTADO: PARAIBA  
UF-PB

**PACIENTE**

NAME: Leonia d. Fátima Dantas	IDADE: 27	DOC: 1235827
END.: ST. Do menderes	MUNIC.: Paraúna	UF: PB
COD. IBGE: 250153	CNS: 1013212312345678	DATA: 01/03/18

DATA DE NASCIMENTO: 17/10/1964

## DADOS CLÍNICOS

EXAME (S) SOLICITADO (S)	CÓDIGO	EXAME (S) SOLICITADO (S)	CÓDIGO
Ex. water			

*Dr. Edgley's Porto*  
 CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
 Bairro: Maxilo - Fazenda  
 CEP: 36218-000 CBO: 22326-A  
 CRF/PE: 36218

PROFESSIONAL

CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL
ASSINATURA DO PACIENTE OU POLEGAR 		
ASSINATURA DO REVISOR TECNICO - CARIMBO		ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO- CARIMBO



ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-IV)

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)  
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ "Dr. Felipe Tiago Gomes"  
ENDERECO: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15  
CEP: 58187-000 CÓDIGO DA UNIDADE: 27577710 BAIRRO: MONTE SANTO C.N.P.J. 03.815.174/0001-54 MUNICÍPIO: PICUÍ ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE

PACIENTE			
NAME: <i>deonice d. Batista Pinto</i>	IDADE:	DOC.:	
END.:	MUNIC.:	UF:	
COD. IBGE:	CNS:	DATA: <i>23/05/19</i>	
DATA DE NASCIMENTO: <i>1/1/1980</i>			

## **DADOS CLÍNICOS**

EXAME (S) SOLICITADO (S)	CÓDIGO	EXAME (S) SOLICITADO (S)	CÓDIGO
QCG			
Riso emigra			

Luis Henrique Porto  
E.P. ELETROLOGIA E TRAUMATOLOGIA  
Medicina Física e Reabilitação

PROFESSIONAL

CBO	CNS	PROFISSIONAL CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL	PREVIDÊNCIA S/A 19 NOV. 2018
ASSINATURA DO PACIENTE OU POLEGAR			
ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO		ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO PESSOA	





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI  
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo  
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990  
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH \_\_\_\_\_

Nº de Ordem \_\_\_\_\_

Nº de Reg. 92 7578

Nº do Docum. 9235324

## ARQUIVO MÉDICO

Nome: Leônio da Fátima Dantas

Responsável: \_\_\_\_\_

Pai: José Temar Dantas

Mãe: José Inês Dantas

Prof.: agricultor Data Nasc.: 17/01/1961 Idade: 57

Endereço: st. 10 mudez N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Bonanóvia Est. Civil: solt

## PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Hematomia paraualga G.

Tratamento efetuado no hospital: Elmira

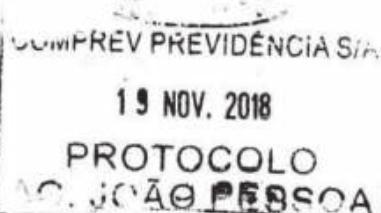
Exames realizados: Hemograma complexo

Internado em 21/10/2018 Alta em 28/10/2018

Dr. Edgleys Porto  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
Buco-Maxilo-Facial  
CR 3818 CBP 29326  
OBRADEM

Arquivista

Médico Assistente





HORA: 07:45:10

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

19 NOV. 2018

Frontuário <b>149996</b>	Nome do Paciente <b>LEONIA DE FATIMA DANTAS</b>	RG 727.510.374-53	Nascimento 17/01/1964	Idade 54	Sexo F	Cor PARDO	Naturalidade PICUI	Religião 99-OUTROS	
Estado Civil 1-SOLTEIRO	CPF 1235827 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão AGRICULTOR(A)						
Filiação Mãe: JOSEFA INES DANTAS	Pai: JOSE TOMAS DANTAS		Fone Residencial 8161-8809 3371-2089						
Endereço SIT. DOS MENDES SIN - ZONA RURAL, PICUI-PB CEP: 58187000			Fone Trabalho						
Atendimento <b>739767</b>	Data 09/06/2018	Hora 07:43	Complemento Endereço						
Médico Atendente 8779546-EDGLEY'S PORTO			Tipo Atendimento 18-CIRURGIA						
Plano / Convênio 0-PARTICULAR/3-UNIDADE E			Motivo Atendimento 3-INTERNAÇÃO/OLETIVA						
Posto			Acomodação	Leito					
Guia INTERNACAO			Procedimento 99996666 INTERNACAO	Barcode *149996*					

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente ( ou responsável), Sr(a) LEONIA DE FATIMA DANTAS , aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínicas-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
- Responsável: LEONIA DE FATIMA DANTAS  
Endereço: SIT. DOS MENDES, SIN Bairro ZONA RURAL, PICUI-PB  
Telefone: 8161-8809 3371-2089

*Manuely Lima*  
MANUELY SOARES DE LIMA  
Responsável pelo Atendimento

*Ana Alice Dantas*  
LEONIA DE FATIMA DANTAS  
Responsável pelo Paciente

R4316





FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA - FAP  
C.G.C: 08841421000157  
ENDEREÇO: AV DR. FRANCISCO PINTO, S/N - CEP: 58.429-350

PÁGINA: 1 / 1  
DATA: 09/06/2018  
HORA: 07:44:48

*Alce*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para fins de direito, que assumo plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e/ou pagador principal, pelo pagamento das despesas médicas e hospitalares de internação e tratamento, inclusive serviços e medicamentos prestados ou fornecidos por terceiros, bem como dos depósitos prévios exigidos, tudo que se fizer necessário ao tratamento do (a) Paciente

LEONIA DE FATIMA DANTAS

CPF 727.510.374-53 residência e domiciliado à SIT DOS MENDES  
Número S/N Bairro ZONA RURAL Cidade PICUI  
Estado PB , internado (a) por ordem médica neste FAP - FUNDACAO ASSISTENCIAL DA PARAIBA  
em 09/06/2018 , ocupante do apartamento ou enfermaria

Declaro, ainda, que as obrigações decorrentes da responsabilidade ora assumida são válidos por tempo indeterminado, persistindo até a liquidação dos débitos apurados quando da alta do paciente e consequente fechamento das contas, persistindo igualmente, independente de notificação prévia na hipótese de inadimplemento compreendendo principal e acessórios, despesas de cobrança, juros de mora de \_\_\_\_\_ % ( ) por cento ao mês a partir 30 (trigésimo) dia do seu vencimento e correção do principal pelos índices oficiais após 90 (noventa) dias vencidos.

Fica previsto que o credor, poderá em decorrência dos serviços prestados, emitir as respectivas duplicatas, valendo o presente TERMO DE RESPONSABILIDADE para todos os fins de direito, como CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO.

Pelo presente termo, assumo total responsabilidade pelas despesas decorrentes dos serviços abaixo discriminados, uma vez que os mesmos não estão incluídos nos preços dos Pacotes hospitalares:

- 01- Tranfusão de sangue;
- 02- Exames laboratoriais;
- 03- Radiografias;
- 04- Diária de U.T.I;
- 05- Medicamentos especiais;
- 06- Drenos ou placas;
- 07- Órteses e próteses;
- 08- Intercorrências ocasionadas por complicações extras;
- 09- Despesas com alimentação de acompanhante.

*Anna Alice Dentro Costa*

Assinatura do Responsável

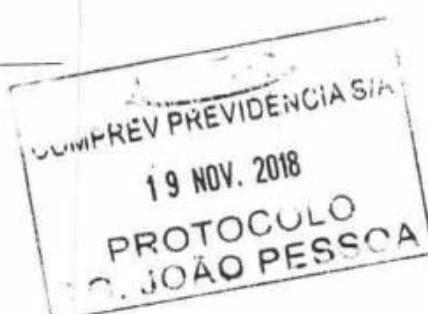
Endereço

CPF

Identidade

Profissão

CAMPINA GRANDE, 09 de JUNHO de 2018.



DE ACORDO:

FAP - FUNDACAO ASSISTENCIAL DA PARAIBA

TERMO\_FAP3





MATERIAIS E DICAMENTOS GASTOS NA SALA

CENTRO CIRÚRGICO

Diagnóstico de Tátilm & Dantes 54a  
CIRURGIA Redutora de Fratura de Genéros  
ANESTESISTA Dr. Alceu

INÍCIO q: 50 TÉRMINO 10:10 SALA 05 N° DO CADASTRO 739767 CONVÉNIO Particular

MEDICAMENTOS	QUANT.	SORO	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	FIOS	QUANT.
Adrenalina .....		S.E. 0,9% 250ml .....	1UND	Algodo Hidrólico .....	2UND	Seringa 20ml .....		Acfiler .....	
Água Deslida 10ml .....		S.E. 0,9% 500ml .....		Algodo Ortóptico .....		Seringa 50ml c/bico .....		Cera para Oso .....	
Água Deslida 1000ml .....		S.E. 0,9% 1000ml .....		Agulla Desc. 40x12 .....		Seringa 50ml c/bico .....		Cromado 0 c/ ag .....	
Anisacina .....		S.G. 5% 250ml .....		Agulla Desc. 27x7 .....		Sonda de Foley..V. n° .....		Cromado 1 c/ ag .....	
Aminoflina .....		S.G. 5% 500ml .....		Agulla 13x5,5 .....		Sonda Esteral .....		Cromado 2,0 c/ ag .....	
Aramin .....		S. Ringar 500ml .....	1UND	Agulla Raqui .....		Sonda Urinal n° .....		Cromado 3,0 c/ ag .....	
Atropina 0,25 mg .....				Atadura Crepon .....		Sonda Real n° .....		Cromado 4,0 c/ ag .....	
Bicarbonato de Sódio 8,4% .....				Atadura Gessada .....		Steri Strip .....		Cromado 1 u/ ag .....	
Benztacil .....				Bolsa de Colostomia .....		Torcicinha 3V .....		Cromado 2,0 s/ ag .....	
Brixanyl .....				Borracha Siliconizada .....		Tubo Endotracheal .....		Cria Cardíaca .....	
Cefotetanil .....				Capa para video .....	1UND			Marsilete .....	
Ceftriaxona .....				Cateter de Oräg. T. Oculos .....				Mononylon 0 .....	
Cloreto de Potássio .....				Cateter Perfurad .....				Mononylon 2,0 .....	
Cloreto de Sódio .....				Coletor de Urina .....	2/5			Mononylon 3,0 .....	
Contraste .....				Compreesa Pacote .....				Mononylon 4,0 .....	
Dexadecan 4mp/ml .....	2	amp:		Cord-Champ .....				Mononylon 5,0 .....	
Dipirona .....				Dreno Peatoso .....				Mononylon 6,0 .....	
Dopamina .....				Dreno de Tórax .....				Polyton 0 c/ ag .....	
Dramina B6 .....				Dreno de Súrgio .....				Polyton 2,0 c/ ag .....	
Efedrina .....				Eletrodos .....				Polyton 3,0 c/ ag .....	
Eforix .....				Equipamento de 4 vías .....				Polyton 0 s/ ag .....	
Fenerga .....				Equipo Macro-Gotas .....	1			Polyton 2,0 s/ ag .....	
Fraxiparina .....				Equipo Micro-Gotas .....				Polyton 3,0 s/ ag .....	
Flagil 500mg .....				Gaze pacote .....				Polyton 2,0 s/ ag .....	
Garanicina .....				Intra-Cath adulto .....				Polyton 3,0 s/ ag .....	
Glicose 50% .....				Intra-Cath infantil .....	4			Vicryl 0 .....	
Hidrocortisona 500mg .....				Jeko n° .....	2			Vicryl 2,0 .....	
Kankion .....				Novobain 1/5 .....	16			Vicryl 3,0 .....	
Laxix .....				Novobain 0,5 .....	3			Vicryl 4,0 .....	
Methergin .....	1	amp-		Novobain 0,5 .....	3			Vicryl 5,0 .....	
Onaprazol .....				Novobain 0,5 .....	1			Prolene 0 .....	
Plast .....				Novobain 0,5 .....	1			Prolene 1 .....	
Pomada .....				Novobain 0,5 .....	1			Prolene 2,0 .....	
Profenol 100mg .....	1	amp-		Pancoron .....				Prolene 3,0 .....	
Propofol .....				Propofol .....				Prolene 4,0 .....	
Ranitidina .....	1	amp-		Quelicin .....				Prolene 5,0 .....	
Syntocidone .....				Rapifen .....				Prolene 6,0 .....	
Supositório .....				Sedoliran .....				Prolene 7,0 .....	
Tilatil .....				Tracum .....					
Teradol .....				Xylocaina 2% CVC .....					
Transamin .....				Xylocaina 2% SVC .....					
Fitamina C .....				Xylocaina Geléia .....					
Colatene 75mg .....									

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121515233148000000049978979  
Número do documento: 21121515233148000000049978979

Paulo

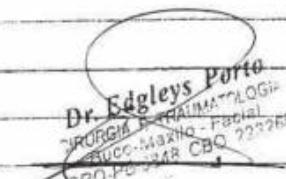


Fundação Assistencial da Paraíba - FAP  
CNPJ: 08.841.421/0001-57 Inscrição Estadual: Isento  
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó - Cx. Postal 405  
CEP 58.429-350 - Campina Grande - PB  
Telefone/fax: (83) 2102-0300 - E-mail: fapcy@uol.com.br

## EVOLUÇÃO

PACIENTE Neomia de Góis Góis ENF. LEITO

Descrever Diariamente o Estado do Paciente, Resposta ao Tratamento, Mudança de Diagnóstico, Períodos de Outras Clínicas, Complicações, Condições de Drenagem, Retirada de Pontos, Condições Ferida Operatória, Instruções ao Paciente, Consultas Posteriores, etc.

DATA	ANOTAÇÕES E ASSINATURA
09.	<u>Exame de faceta</u>
08.	<p>Permitiu evitaria de acidentes de moto (férias), exibindo quadro de febre de origem e exames pré-operatórios dentro de norma clínica. Sem complicação, não refere alergia a medicamentos.</p> <p>Curvatura à reduz cirurgia de futura de origem e (Neomia de Góis).</p> <p>Após placa desporta. Alta hospitalar.</p> <p>Agradecido e muito agradado</p>
	 <p>Dr. Edgleys Porto MÉDICO DENTISTA PROFISSIONAL PROFISSIONAL PROFISSIONAL PROFISSIONAL</p>
	<p>JUNIPREV PREVIDÊNCIA S/A 19 NOV. 2018 PROTOCOLO JOÃO PESSOA</p>



# FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIOLOGISTA: <i>ELVISORIO NUNES PESSOA</i>		HOSPITAL: <i>FBD</i>	DATA: <i>09/06/18</i>
CPF: <i>502778705403</i> CRM: <i>8167</i>		CONVÉNIO: <i>Petroric</i>	
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:		NÚMERO DA CARTEIRA: <i>169986</i>	
CRM: <input type="checkbox"/> CRM: <input type="checkbox"/>		GUIA DE INTERNAÇÃO:	
PACIENTE: <i>LUCAS ROFAEL DE SOUZA</i>		SENHA: <i>9501</i>	
IDADE: <i>54</i> SEXO: MAS <input type="checkbox"/> FEM. <input checked="" type="checkbox"/> APTO <input checked="" type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/>		INÍCIO: <i>09/06/18</i> TÉRMINO: <i>10/06</i>	
IMC.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ ASA: E-I-II-III-IV-V-VI		HORÁRIO ESPECIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____			
CIRURGÃO: <i>Eduardo</i>		1º AUX.: _____	2º AUX.: _____
CÓDIGOS		PROCEDIMENTOS	
<i>Ronco</i>		<i>Exame elaborativo</i>	
1			VIA% <input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>
HORA: <i>06/06/18</i>		10/06	
AG. <i>dc</i>		MONITORIZAÇÃO	
INAL.		<input type="checkbox"/> PAM	
LÍQUIDOS		<input type="checkbox"/> PANI	
S. Glicosado 5%: 230 220 210		<input type="checkbox"/> ECG	
S. Fisiológico 0,9%: 200 190 180		<input type="checkbox"/> PVC	
inger Lactato: 170 160 150		<input type="checkbox"/> TNM	
Conc. de Hemácias: 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30		<input type="checkbox"/> Esteto. Esofágico	
TOTAL <i>1000</i>		<input type="checkbox"/> Esteto. Precordial	
OXIMETRIA		<input type="checkbox"/> BIS	
CAPNOGRAFIA		<input type="checkbox"/> AN. Gases	
DIURESE		<input type="checkbox"/>	
1ª HORA =		2ª HORA =	
3ª HORA =		4ª HORA =	
DROGAS UTILIZADAS		PREVIDÊNCIA SIA / PROTOCOLO PESSOA	
1 - <i>ketes 22</i>	9 - <i>ropivaca 2</i>	17 - <i>25</i>	19 NOV. 2018
2 - <i>fradil - 10</i>	10 - <i>ropivaca 2</i>	18 - <i>196</i>	
3 - <i>Fradil - 10</i>	11 - <i>ropivaca 2</i>	19 - <i>27</i>	
4 - <i>Propofol - 1g</i>	12 - <i>ropivaca 2</i>	20 - <i>28</i>	
5 - <i>Propofol - 1g</i>	13 - <i>ropivaca 2</i>	21 - <i>29</i>	
6 - <i>Propofol - 1g</i>	14 - <i>ropivaca 2</i>	22 - <i>30</i>	
7 - <i>fr 20</i>	15 - <i>ropivaca 2</i>	23 - <i>31</i>	
8 - <i>fr 20</i>	16 - <i>ropivaca 2</i>	24 - <i>32</i>	
Transferido para: <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> APTO. <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/>		Técnica/ Observações: <i>Alex 00 10.10</i>	
INDUÇÃO: <input type="checkbox"/> Endovenosa		BLOQUEIOS: <input type="checkbox"/> M. LARINGEA <input type="checkbox"/> Raquianestesia	
ANESTÉSICO: <input type="checkbox"/> Sistórica		<input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Simples	
SISTEMA: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Caudal	

# HOSPITAL ESCOLA DA FA

Nome do Paciente:		Prontuário:	
Data da Operação:	07/08/18	Enf.:	Leito:
Operador:	Dr. Edgley R B	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:	Dr. Afonso	Tipo de Anestesia: geral.	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de zigoma G			
Tipo de Operação: Redutor emejur (tecnica de Gustilo).			
Diagnóstico Pós-Operatório: Otimas			
Relatório Imediato do Patologista: ns hemor			
Exame Radiológico no Ato: ns hemor			
Acidentes durante a Operação: ns hemor			

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visu-

- 1. Foco int. - liso (Fratura de Gustilo)
- 2. Redutor emejur d. Fratura de Zigoma G
- 3. Sutura el. fio nylon 4-0
- 4. curativo expurgo

Dr. Edgley R B  
DRAGOG  
SIRURGIA E TRAUMATOLOG  
BUCO-MAXILAR - Facial  
ROTE 3848 CBO 22327

19 NOV. 2018  
C. PROTOCOLO  
JOAO PESS  
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



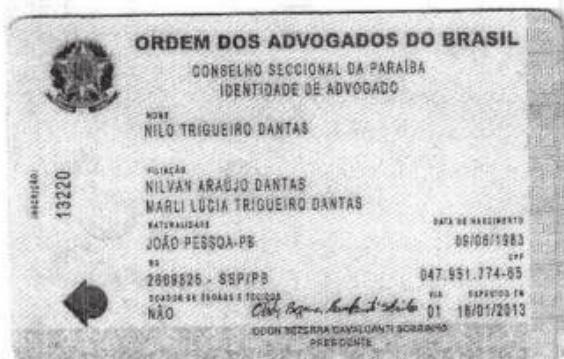


## PERI-OPERATÓRIO

Nome Leocádia da Silveira Idade 54Convênio Pacote Leito 04 Unidade 06 Atendimento 739767

1. ORIGEM DO PACIENTE				
Emergência <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Posto de Enfermagem <input checked="" type="checkbox"/> Outro Hospital <input type="checkbox"/> Especificar: _____				
2. PRÉ-OPERATÓRIO				
2.1 Data de Cirurgia: <u>09/06/18</u>	2.2 Procedimento Cirúrgico Proposto: <u>cisto de Falan</u>	2.3 Pulseira de Identificação: MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	2.4 Recebido por: <u>Karolene</u> Data <u>09/06/18</u>	
2.5 Sinais Vitais: T <u>36</u> FC <u>98</u> FR <u>20</u> PA <u>111</u> X <u>80</u>	2.6 Pré-anestésico: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Medicação em uso:	2.7 Orientações: Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/>	2.8 Alergias: <u>Nao</u>	2.9 Estado Emocional: Medo <input type="checkbox"/> Tranquilo <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Indiferença <input type="checkbox"/>
2.10 Antecedentes: Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Bronquite/Aasma <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Hipertensão Maligna <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outros _____	2.11 Cirurgias Anteriores: Reserva de hemoderivados: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> Especifique: _____	2.12 Preparo: Higienização <input type="checkbox"/> Tricotomia <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> desde às _____ horas Preparo de Côlon <input type="checkbox"/> Satisfatório SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Adornos, esmaltes e maquiagem <input type="checkbox"/>		
2.13 Exames: Sangue <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Eco cardiograma <input type="checkbox"/> Especificar _____				
3. INTRA - OPERATÓRIO				
3.1 Recebido por Enf. <input type="checkbox"/> Tec. <input checked="" type="checkbox"/> Hora <u>9:40</u> Sala <u>05</u>	3.2 Condições da Pele: <u>Integro</u>	3.3 Entrada na Sala S.O: Anestesia Início: <u>9:50</u> Hs Término <u>10:10</u> Hs Cirurgia Início: <u>9:50</u> Hs Término <u>10:10</u> Hs Instrumentador: <u>Maria das Dores</u> Circulante: <u>Paulo</u>	3.4 Sinais Vitais: PA <u>119</u> x <u>76</u> FC <u>81</u> BPM Sat O <sub>2</sub> (%) <u>99</u>	
3.6 Membro a ser Operado: MSD <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	3.5 Posição do Paciente Durante o Ato Operatório Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input checked="" type="checkbox"/> Ginecológico <input type="checkbox"/> Lateral D <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Ortopédica <input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Outros _____	3.7 Solicitações: Sangue _____ ml Plasma _____ ml Anatomopatológico <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Exame laboratorial <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/>		
3.8 Solução Anti-séptica utilizada Clorexidina Alcoolizada <input type="checkbox"/> Éter <input type="checkbox"/> Outros _____ Clorexidina Degermante <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> PVPI Tópico <input checked="" type="checkbox"/> PVPI Degermante <input type="checkbox"/>			3.9 Grau de Contaminação Limpa <input checked="" type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>	
3.10 Bisturi <u>não</u> Elétrico <input type="checkbox"/> Nº Serie: _____ Bipolar <input type="checkbox"/> Nº Serie: _____	3.11 Uso do Colchão Térmico Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura (°C) 20 min <u>20</u> min <u>20</u> min <u>20</u> min 20 min <u>20</u> min <u>20</u> min <u>20</u> min 20 min <u>20</u> min <u>20</u> min <u>20</u> min	3.12 Material/ Equipamentos fornecido por terceiros: <u>não</u> Material _____ Fornecedor _____ Data da Esterilização: _____ / _____ / _____ Data da Validade: _____ / _____ / _____		
3.13 Nº de Compressas Utilizadas: Quantidade no Início <u>5</u> Quantidade no Término <u>5</u>	3.14 Condições da pele ao término da cirurgia: <u>Integro</u>	3.15 Medicações/hora: <u>não</u> REV PREVIDÊNCIA 19 NOV. 2018 PROTOCOLO JOÃO PESSOA		
3.16 Encaminhado para: SRPA <input checked="" type="checkbox"/> Hora _____: UTI <input type="checkbox"/> Especificar _____ Unidade de Internação <input type="checkbox"/> Especificar _____ Horário de saída da S.O _____:		3.17 Tipos de Cirurgia: Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/>		





19 NOV. 2018  
PROTÓCOLADO  
G. JOSÉ PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121515233148000000049978979>  
Número do documento: 21121515233148000000049978979

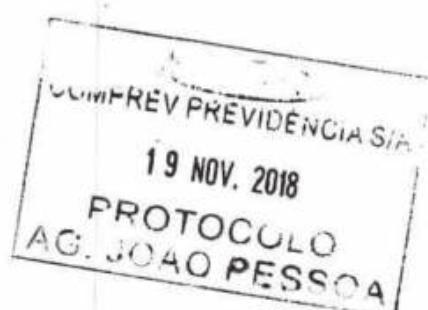
Num. 52730963 - Pág. 25





PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Rua José Osório Pontes, 180, Bairro JK, Paué - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112151523314800000049978979  
Número do documento: 2112151523314800000049978979

Num. 52730963 - Pág. 27

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Leônia de Fátima Dantas,  
brasileiro(a), sótilra, agricultore,  
portador(a) do RG nº. 1.935.827 expedido por SSSPB em  
01/09/1986 e do CPF nº. 727.510.374-53, residente na (o)  
Sítio Mender - SN - zona rural,  
municipio de Bananeira - PB, CEP 58.188-000

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.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picui - PB, 30 de outubro de 2018.

2º TABELIONATO  
PICUI - PB



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419200/18

**Vítima:** LEONIA DE FATIMA DANTAS

**CPF:** 727.510.374-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/04/2018

**Titular do CPF:** LEONIA DE FATIMA DANTAS

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

#### LEONIA DE FATIMA DANTAS : 727.510.374-53

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: 19/11/2018  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112151523314800000049978979>  
Número do documento: 2112151523314800000049978979

Num. 52730963 - Pág. 29