Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180388398.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**
Vitima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	063 236454-83	Rosangela Henrique de Macêdo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rosangela Henrique de Macêdo		CPF titular da conta: 06323645483	Profissão: Recuso
Endereço: Rua Luiz Bonifacio		Número: 228	Complemento: Casa
Bairro: Centro	Cidade: Cacimba de Dentro	Estado: PB	CEP: 58230-000
Email:			Telefone (DDD): (83) 98769-6065

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

COMPROVANTE PREVIDÊNCIA SIA
PROTOCOLO
AGÊNCIA PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Rosângela Henrique de Macêdo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	063 236 454 - 83	Rosangela Henrique de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rosangela Henrique de Macedo		CPF titular da conta: 063236454 83	Profissão: Recuso
Endereço: Rua Luiz Bonifacio		Número: 228	Complemento: Casa
Bairro: Centro	Cidade: Cacimba de Dentro	Estado: PB	CEP: 58230-000
Email:			Telefone (DDD): (83) 9 8764-6065

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A. 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA JOÃO PESSOA

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir) — CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Bradesco — NRO: 237

AGÊNCIA NRO.: 0578 D/V: 7 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO.: 10492 D/V: 2 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 04 de Setembro de 2018
Local e Data

Rosângela Henrique de Macêdo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora de Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	063236454-83	Rosangela Henrique de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rosangela Henrique de Macedo		CPF titular da conta: 063236454 83	Profissão: Do lar
Endereço: Rua Luiz Bonifacio		Número: 228	Complemento: Casa
Bairro: Centro	Cidade: Cacimba de Dentro	Estado: PB	CEP: 58230-000
Email:			Telefone (DDD): (83) 98691-0886

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir) CONTA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Bradesco NRO. 237

AGÊNCIA NRO. 6787 D/V 8 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 0010492 D/V 2 (Informar dígito se existir)

COMPREVEL DE RESIDÊNCIA S/A
03 OUT 2018
PROTOCOLO
AO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

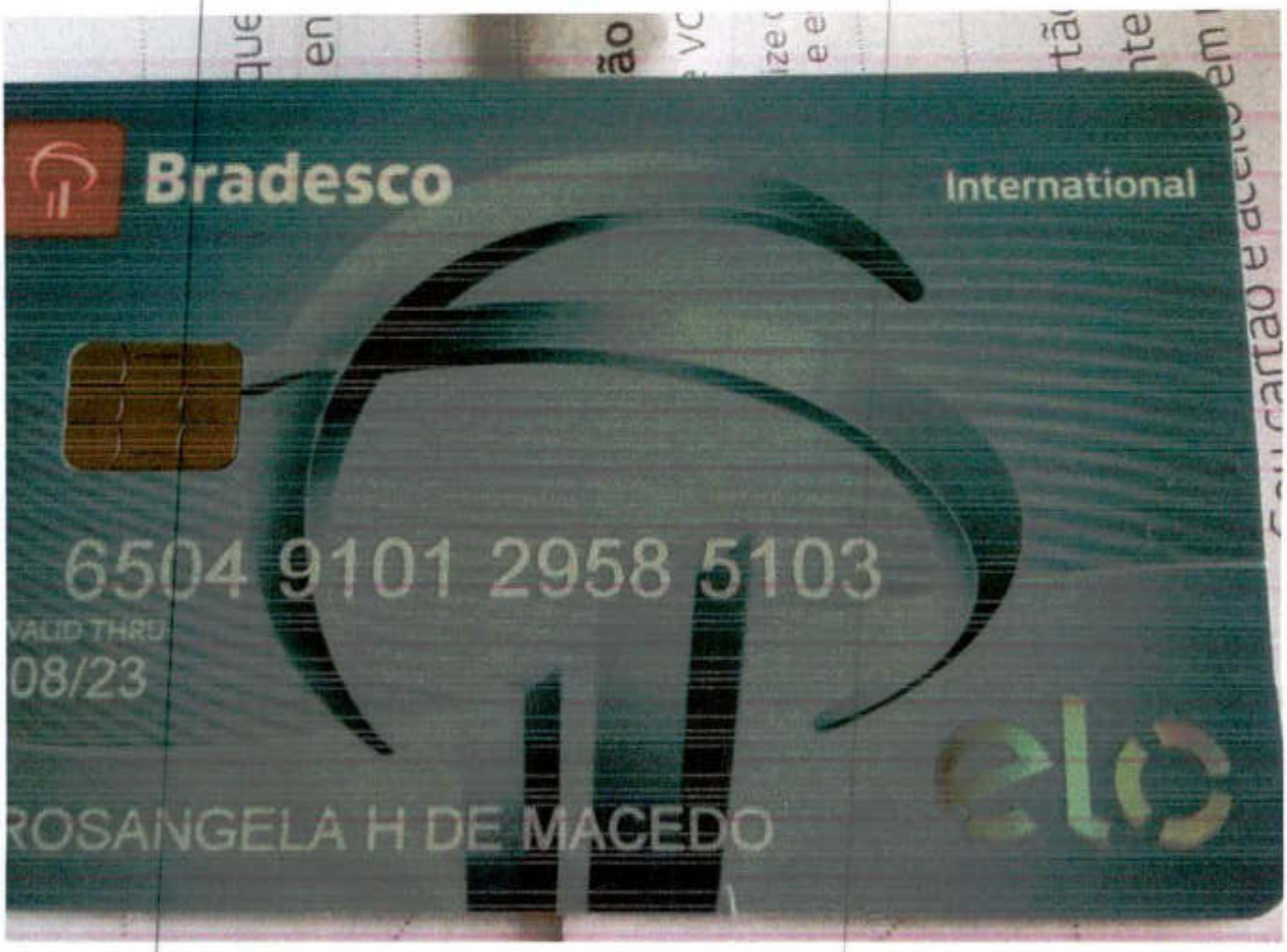
João Pessoa, 03 de outubro de 2018
Local e Data

Rosângela Henrique de Macêdo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COMPREV PREVIDENCIA SM
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
NO. ... PESSOA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emitido pelo Banco Bradesco S.A, em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

GÊNCIA CONTA

5787 8 0010492 2

THORIZED SIGNATURE

e Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022
sso do Exterior +55 (11) 4002-0022
: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)
ciência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099
idoria: 0800 727-9933
o.bradesco

NO EXTERIOR

Banco24Horas ATM pulse Diners Club DISC

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
338038398	063.236.454-83	Rosangela Henrique de Macêda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rosangela Henrique de macêdo		CPF titular da conta: 063.236.454-83	Profissão: Recuso
Endereço: Rua Luiz Benifacio		Número: 228	Complemento: Casa
Bairro: Centro	Cidade: Cacimba de Dentro	Estado: PB	CEP: 58230-000
Email:			Telefone (DDD): (83) 98691-0886

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para benefícios acima. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Bradesco	237

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
5787	8	0010492	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

IMPREVIDÊNCIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
09 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 09 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosângela Henrique de Macêdo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA DE DENTRO/PB

Secretaria de Segurança Pública
DELEGACIA DE POLÍCIA
DE CACIMBA DE DENTRO
ESTADO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. **001/2018**
Ocorrência nº124/2018
DESCRIÇÃO:
Aos sete (07) dias do mês de Agosto do ano de **dois mil e Dezoito** (2018), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, aí pelas 10h e30 min, compareceu o (a) Senhor (a)
Nome: WALISSON HENRIQUE DE MACEDO , Idade: 24 anos, nascido em 23/07/1994, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Rio de Janeiro/RJ, Estado Civil: solteiro, Profissão servidor publico , Filiação: José Diniz de Macedo e Rosangela Henrique de Macedo , Endereço: Rua Luiz Bonifacio nº 226 Centro , Cacimba de Dentro/PB.
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:
RG 4084702 SSP/PB
CPF: 107.396.274.14
HISTORICO
Noticiou: QUE no dia trinta de janeiro de 2018 por volta das 16:30 horas em frente a sua residência no endereço acima mencionado sua genitora ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO portadora da RG nº 1209273 SSP/PB e CPF 063.236.454.83 quando estava passando para outro lado da rua uma motocicleta não identificada atropelou deixando caída no chão não prestando socorro evadindo-se do local imediatamente. Que a genitora do noticiante foi socorrida pelo SAMU para o hospital local da cidade de Cacimba de Dentro/PB, onde foi atendida; Que após o atendimento foi liberada para ir para casa ,e que no dia seguinte (31/01/2018) continuou sentindo muitas dores, não suportando mais as dores na coluna , no 1º de fevereiro de 2018 as 09:00 horas retornou ao hospital local onde foi atendida anteriormente ,quando foi atendida pelo medico o mesmo encaminhou para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB onde foi constado uma fratura no pé direito e uma fratura na coluna ,ficando sete dias internado no hospital de trauma e depois transferida para o hospital Antônio Targino na a cidade de Capina Grande/PB, onde passou por cirurgia ficando 5 dias internada. Que apresenta como testemunhas Reginaldo Francelino Bezerra ,portador da RG 1248792 SSP/PB, Residente Rua Alfredo Barela sn e Claudio dos Santos portador da RG 2242912 SSP/PB Residente a Rua Capitão Pedro Moreira nº 287 Centro Cacimba de Dentro/PB ..Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 07 de Agosto de 2018

Walisson Henrique de Macedo
Assinatura do (a) noticiante

Evangelista Xavier Duna
Escrivão Ad-Hoc, Mat 1373340;Q

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Rosangela Henrique de Macêdo	063.236.454-83	30/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- [x] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 22 de agosto de 2018
Local e Data

Rosangela Henrique de Macêdo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA
CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59
ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA
MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Rosangela Bezerra Nóbrega SEXO: F IDADE: 54a
PROFISSÃO: DOCUMENTO: 1.209.293
ENDEREÇO: R. Luiz Barros
MUNICÍPIO: Pelitrabo ESTADO: Paraíba UF: PB
CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 2503306 CNS 209 0068 4785 3475
DATA DE NASC.: 26/04/63 DATA DO ATENDIMENTO: 30/01/18

RAÇA / COR

☐ 1-BRANCA ☐ 2-PRETA ☐ 3-PARDA
☐ 4-AMARELA ☐ 5- INDÍGENA ☐ 99- SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: TEMPERATURA:
Punho entorse MD
1/3 dist
± 10 dias

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E

1.
2.
3.
4.

CARÁ

( ) 01- ELETIVO.
( ) 02- URGÊNCIA.
( ) 03- ACIDENTE NO LOC
( ) 04- ACIDENTE NO TRA
( ) 05- OUTROS TIPOS DE
( ) 06- OUTROS TIPOS DE QUÍMICOS E FÍSIC

PROC

Sutura
Nylon

Fernando Infante

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA
☐ APLICADA

SERVIÇOS REA

1-
2-
3-

ASS. DO(S) PROFI

Dr. José Wilson dos Santos
MÉDICO
CRM-PB 1899

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANH

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - car

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA
CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59
ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA
MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Rosangela Henrique Macedo SEXO: F IDADE: 55a
PROFISSÃO: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: R. Luiz Bonifacio
MUNICÍPIO: Ceu Azul ESTADO: PB UF:
CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 2503106 CNS
DATA DE NASC.: 26/04/63 DATA DO ATENDIMENTO: 01/02/18

RAÇA / COR

☐ 1-BRANCA ☐ 2-PRETA ☐ 3-PARDA
☐ 4-AMARELA ☐ 5- INDÍGENA ☐ 99- SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: TEMPERATURA:

Acompanhamento

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E

1. Ticnovo
2.
3. Decadro
4.

CARÁ

( ) 01- ELETIVO.
(X) 02- URGÊNCIA.
( ) 03- ACIDENTE NO LOC
( ) 04- ACIDENTE NO TRA
( ) 05- OUTROS TIPOS DE
( ) 06- OUTROS TIPOS DE QUÍMICOS E FÍSIC

PROC

Acompanhamento

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA
☒ APLICADA

SERVIÇOS RE

1-
2-
3-

ASS. DO(S) PROF

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPAN

X Walisson Rest

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - ca

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787-8

CONTA: 000000010492-2

Nr. Autenticação
BRADESCO221120180500000000002370578700000001049216875 0 PAGO

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
RUA LUIZ BONIFACIO, 225 / CASA - CENTRO
CACIMBA DE DENTRO / PB CEP 58230000 (AB-80)

energisa

Emissão: 16/04/2018 Referência: Abr / 2018
Classe/Subclasse: RES CENCIAL / BAIXA RENDA MONOFAS CO
Roteiro: 5-49-516-1203

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09095 ... CEP 58015-520

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°005 039 062
Cód. para Déb. Automático: 00004396208

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2018	16/04/2018	16/05/2018	6323645483

UC (Unidade Consumidora): 5/439520-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 10.437 de 19 de junho de 2002, informamos a quitação dos débitos referentes aos fornecimentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das faturas mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Lei ordinária de 10.438, de 26 de abril de 2002
Vou efetuar o pagamento do débito que se aproxima. Lembre-me diariamente para a Energisa e peça auxílio para saber o que

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
15/03/18	844	16/04/18	735	1	91	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Trib.	Valor Base Calc. Trib.	Aliq. Trib.	Trib. (R$) ICMS (R$)	Base Calc. Trib. (R$) ICMS	Aliq. (R$) ICMS	Outros (R$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,242820	7,27	7,27	25	1,82	7,27	0,00	0,00
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	[illegible]	[illegible]	26,97	26,97	25	6,74	26,97	0,00	1,07
0812	Subtotal			[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2018			[illegible]	[illegible]	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0816	MULTA 03/2018			[illegible]	[illegible]	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devoluções Subsídio			-42,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CC	Código de Classificação de Item	TOTAL		47,99	54,41		16,10	84,41	0,00	2,71

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
55	06/05/2018	R$ 47,99

Histórico de Consumo (kWh)

18	0	16	72	69	67	71	65	87	79	82	91
Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18

ed11.3835.22ce.3dad.2152.bcf9.e99d.c552.

Indicadores de Qualidade 3/2017-Abril/18

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	8,47	3,77	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	26,84			
DIC ANUAL	25,55	1,03	CONTRATADA	220
FIC MENSAL	7,08		LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	21,24		LIMITE INFERIOR	207
FIC ANUAL	19,63	3,77		
DMIC	0,03			
DICRI	1,44			

Discriminação	Valor (R$)	%
Energia de Curto Prazo	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**47,99**	**100,00**

Valor de R$ 30,00 Ref. 03/2018 R$ [illegible]

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$22,20
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Rosinaldo [illegible]

necessita de 90 (noventa) dias de afastamento de suas

atividades laborais

a partir desta data.

CID T09

Campina Grande, 12/02/18

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 6682 / CRM-PE 14507

12 FEV. 2018

Ass. Médico - CRM

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FE

Ficha de Acolhimento

Nome: Rosangela Henrique de Macêd
End: Luis Bonifacio 226 Bairro: Cai
Data de Nascimento: 26.04.1963 Documento de Identificação:
Queixa: Atropela - Data do Atend.: 01.02.18 Hora: 13:20 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

mento

Classificação de Risco

Nível de consciência: (/) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** (/) Calmo ( ) Fáceis
Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**
Pressão arterial: 150 X 100 **Temperatura axilar:**
Dosagem de HGT: **Mucosas:** (/) Normocorada ( )
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas (/) Maca

Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(/) Amarelo - atendimento até
( ) Azul - atendimento ambula

Assinatura e carimbo

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1590659 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Vanesca Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO CEP:58230000 Nascimento:26/04/1963

Endereço:RUA LUIS BONIFACIO — Sexo:F — Telefone: 81200129

Cidade: Cacimba de Dentro — Idade:054 — Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: ESTELIMA DE MACEDO PEREIRA — RG: 1209273 — Nº:226

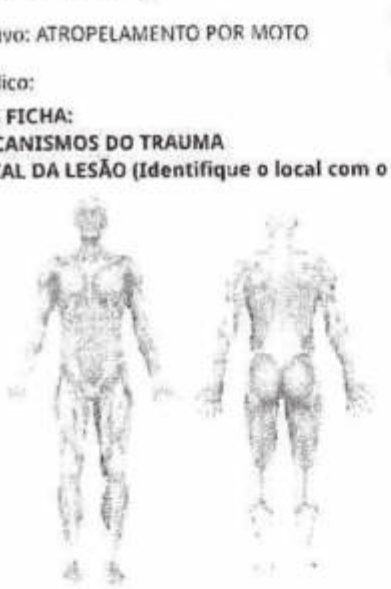
Responsável: MARIA ELZA MACEDO — CPF: 06323645483 — Profissão:AGRICULTORA

Estado Civil:Casado(a) — Data de Atend:01/02/2018 — CNS:709006847853445

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO — Hora: 13:32:47 — 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. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento toracico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Paresteria
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% **Grau** **( ) 1º Grau** **( ) 2º Grau** **( ) 3º Grau**
DIGNOSTICO / CID: Lombalgia

EXAME PRIMÁRIO **DOS CLÍNICOS**
Paciente vítima de atropelamento em região lombar, h
acidente ocorreu antes
direito, o mesmo só e
de Cacimba de Dentro,
sintomas, mocorreu dia
ao exame: EG R, cor

ALERGIA: Amoxicilina / DL

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS **( ) Fotorreagentes** **( ) Isocóric**

Glasgow _____ **PA**_____
AR: MV⊕ em AHT, S/RA
ACV: RCRitm 2T, BNF S/
Abdome: Plano, depres
apêndice
Extremidades: dolor
movimento, ↓ membr

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais **( )U**
( )Gasometria arterial **( )R**
( )Tomografia Computadorizada **( )_**

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / _____

Especialista: Neurocirurgia / _____

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E C
1	ⓓ SRL - 500ml, EV - 0
2	
3	
4	
5	
6	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Alergia à Dipirona / Diclofenaco

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernan

Paciente: Rosangela Henry de Miranda								
	Prescrição Médica							NCR
01/2/18	DIETA VO Laxativo							
	SF 0,9% 1500ML IV 24H	1/2	3					Fx L3
	Dipirona 2ML + AD EV 6/6H SUSP							
	NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N							
	OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abd 10 ml IV ao dia							
	CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H SE PA> 180 x 110							
	HGT 8/8H - CORRIGIR PELO PROTOCOLO							
	CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!							
	SSVV							
	CGGG							
	Clexane 40mg SC 12/12h							
	Heparina 5.000U SC 12/12h							
	Repouso absoluto no leito							
	Parecer Ortopedia Fx Tíbia, dep, fíbula Esq							

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

PA 00( ) 00( )

HGT 00( ) 00( )

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernai

Paciente: Rosangela Auriane do Prado

3-

Prescrição Médica

			NCR
03/02/2018	DIETA LIVRE		
	SF 0,9% 2000ML IV 24H		
	Dipirona 2ML + AD EV 6/6H		
	HAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N		
	OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abo 10 ml IV ao dia.		
	CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H SE PA> 180 x 110		
	HGT 8/8H - CORRIGIR PELO PROTOCOLO		
	CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!		
	SSVV		
	CCGG		
	PROFENID 100MG +SF 10ML IV DE 12/12H		
	TRAMAL 100MG + SF 100ML IV DE 8/8H SN		

Daniel Dean

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇ

NOME:	IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
Rosângela Hernandes de Medeiros		M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐			

DADOS CLÍNICOS:

Atropelamento por moto

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio x de tórax AP
Raio x de cervical perfil
Raio x de pelve AP
Raio x de joelho direito e em
Raio x de coluna lombar

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	
DATA: 02/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinat

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇ

NOME:	IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
Renângelo Hermínio de Medeiros		M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐			

DADOS CLÍNICOS:

Dor pelamento de mão

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	
DATA: 02/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatu

MOD. 002

Alergia a dipirona

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernai

Paciente: Tomásia Aparecida Brasdo.	3-1						
	Prescrição Médica						
04/02/2018	DIETA EVU						NCR
	SF 0,9% 2000ML IV 24H	12	18	24	06		
	Dipirona 2ML + AD EV 6/6H (urgente)	12	18	24	06		
	NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N						
	OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.	06					
	CAPTOPRIL 25MG VO 6/6H SE PA> 180 x 110						
	HGT 6/6H - CORRIGIR PELO PROTOCOLO	18 (323)		06 (343)			
	CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!						
	SSVV						
	CCGG						
	PRO						
	PROFENID 100MG + SF 100ML IV DE 12/12H	~~18~~	~~06~~				
	TRAMAL 100MG +SF100ML IV DE8/8H SN						
	Tylex 2 30mm VO 6/6h.	~~12~~	~~18~~	~~24~~	~~06~~		

Daniel Dias

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇ

NOME: ROSÂNGELA HENRIQUE DE LIMA CEDO					
IDADE:	**SEXO** M ☐ F ☐	**COR:** B ☐ P ☐ A ☐	**PESO:**	**ALTURA:**	**CLÍNICA:**

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx do PÉ DIREITO (AP e OBLÍQUO)

URGÊNCIA: ☐	**ROTINA:** ☐	
DATA: 01/02/2018	**HORA DA SOLICITAÇÃO:**	Dr. Jorge Ribeiro Araújo de Me... Reumatologia/Ortop... CRM-PB 57... Carimbo e Assinatu...

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente: ROSÂNGELA HENRIQUE

07.02.18

Prescrição Médica							
DIETA P LIVRE							
SF0,9% 2000 mL ev 24h,	12	18	24	06			
Dipirona 2ML + AD EV 6/6h ALERGIA			24	06			
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,	12			06			
Nausedron 8mg + AD EV 8/8h S/N	S/N						
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,			06				
Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,	S/N						
Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H		14	22	06			
SSVV + CCGG [1]		CG					
Clexane 40mg SC 1x/dia				20			
REPOUSO ABSOLUTO	CG						

Dr. Amauri R. S. Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PB 5273

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

Obs: Paciente sujeito a alergia

GOVERNO DA PARAÍBA

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

PACIENTE:	**ROSANGELA HENRIQUES DE MACEDO**
DATA DO EXAME:	**01/02/2018**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Dr. Arquimedes A B Lira CRM: 7197
Médico radiologista

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3-1

ROSANGELA HENRIQUE

Dieta LIVRE
SF0,9% 2000 mL ev 24h,
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,
Clexane (Enoxaparina) 40mg SC 1X/dia
Nausedron 8mg IV se necessário
Sinais vitais 6/6h,

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

05/02/2018

04/02/18 paciente consciente orientada aceita dieta
realizando banho no leito segue os cuidados
da enfermagem a mesma relata ser
a alergia a dipirona; segue os cui-
dados da enfermagem;

04/02/18 paciente evolui estável
consciente orientada sem intercorrencia
segue os cuidados da enfermagem;

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA

Paciente vítima de atropelamento referindo dor lombar e em membros joelhos e pé (D)
FRAQUEL (E) BIDATERAL
N/ Mostra Fratura de L3 e de terço de fíbula (D)
D: Solicito TC de coluna lombar
Avaliação do Neurocirurgião

Dr. André Ricardo Araújo de Medeiros
Traumatologia/Ortopedia
CRM-PB 5793

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Decisão Médica

( )Óbito

Maria Eduarda Medeiros
Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

03-02-18 08hs.

- Paciente evolui regular, orientado, eupneica, foi realizado banho no leito + curativo na perna, mantém repouso. Está sob cuidados gerais. Dulce

---

03-02-18 20hs.

Paciente evolui regular, orientado, apresentou sudorese, consciente segue sob cuidados gerais. Dulce

---

05/02/18 Paciente evolui sem intercorrencias até momento segue os cuidados Equipe Coluna Sem.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Antonio Sousa

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
/ / 2018
PROTOCOLO
AC JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 07/02/2018
HORA: 16:37:21

Prontuário 934807 | Atendimento 2275388 | Reserva/Guia *03* | Data 07/02/2018 Hora 16:34

Paciente ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO [CPF: 6323645483]
Sexo: F | Est. Civil: Casado | Dt Nasc.: 26/04/1963 | Telefone: 981119208 | R.G.: 1209273 | Código CNS: 709006847853415
Endereço LUIS BONIFACIO | Num.: 226 | Complemento: | Profissão:
Bairro CACIMBA DE DENTRO | **Cidade** CACIMBA DE DENTRO | **UF** PB
Nome da Mãe ESTELINA DE MACEDO PEREIRA
Responsável ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO | **Endereço** RUA | Num.: 226
Bairro CACIMBA DE DENTRO | **Cidade** CACIMBA DE DENTRO | Cep: 58230000 | Telefone: 96681320

Médico Atendente 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]
Médico Acompanhante 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]
Procedimento | **Cid**

COMISSÃO DE ARQUIVO
Drª Marluce
Dr. Ítalo César
Dr. Luciano Holanda
Enfª Profª Dra.
D. Atanielle
Data
Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2948
www.lucianoholanda.com.br

Setor 3009 SECRETARIA SUS | **Convênio** 50 SUS | **Origem**
Acomodação POSTO - ENFERMARIA - LEITO:
Data min. para alta - 07/02/2018 **Data máx. para alta** - 07/02/2018 **Atendente** - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [X] Sim [ ] Não Data admissão 07/02/2018 Data alta 12/02/18
Internação anterior..? [ ] Sim [ ] Não Hora admissão : Hora alta 08:00

Alta....: Curado..... : [ ] Melhorado..... : [X] Inalterado..... : [ ] Clínica..: Médica..... : [ ]
Piorado..... : [ ] A pedido..... : [ ] Indisciplina..... : [ ] Cirúrgica..... : [ ]
Transferido... : [ ] Falecimento.... : [ ] Evasão..... : [ ] Obstétrica... : [ ]

Diagnóstico:
Internação..: TRM 0415030013 Cid M511
Definitivo...:

Histórico:

ORTESE PROTESE

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

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X: [X] Simples [ ] C/Contraste

Uti Entrada ___/___/___ Saída ___/___/___

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

Caract. Trat.

[J] **Sangue..:** [ ] **Rh..:** [ ] [ ]A [ ]B [ ]C [ ]D [ ]E [ ]F [ ]G

Cd. doação/Lab

RX REALIZADO EM 08/02/18

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HAJ
COLETA: 08/02/18
HORA: 07:35
RESPONSÁVEL: Sylvia

RX DE CONTROLE REALIZADO EM 08/02/2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA

№ 043156

PACIENTE: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CONVÊNIO: SUS SUS ☒ PRONTUÁRIO: 934807/2275388 DATA: 09/02/18

CIRURGIA: FIXAÇÃO DE COLUNA LOMBAR

CIRURGIÃO: DR. RAFAEL HOLANDA AUXILIAR:

AUXILIAR: DR. MARCOS WAGNER ANESTESISTA: DR.

CIRCULANTE VERDIANE SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 09 : 20 FINAL 11 : 30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	04
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	04
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4266	GARAMICINA 40mg	03
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	04
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	

COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	

COD.	ANESTESICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	01
126233	CISATRACURIO	01
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	01
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	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
40x12	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	04
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	38
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON Nº 10	02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	01
	COMPRESSAS	35
142341	COMPRESSAS 25X28	
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUCÇÃO Nº 6,4	01
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	15cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	50 UN
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 15+24	02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	15cm
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	04
3689	SERINGA DE 10cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº 14	01
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	01

ARAMANT

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº 2-0	08
	MONONYLON Nº	
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	01
149217	ÁLCOOL	2ctl
304000	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	01
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	☐ ☐
	BISTURI ELÉTRICO	☐ ☐
	CAPNOGRAFO	☐ ☐
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	☐ ☐
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	
	NITROGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2L MIN	☐ ☐
	OXÍMETRO DE PULSON	☐ ☐
	VÁCUO	☐ ☐

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	05
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	03
9148	S. RINGER 500ml	
134489	VOLUMEN 6%	

COD.	OUTROS	QUANT.
	CLORETO	01

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
HOSPITAL ANTONIO TARGINO
OPME'S UTILIZADAS FORAM
COMPRADAS PELO SUS
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
ENG. JOÃO PESSOA

REALSET 98850.4593 / 98807.8347

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

RT Responsável Técnico
Dr. Luciano Holanda
CRM/PB 2948

BOLETIM DE ANESTE

NOME: Rosangela Henrique de Morais APTO:
CONVÊNIO: SUS IDADE: SEXO: M F
NÚMERO DA CARTEIRA:
GUIA DE INTERNAÇÃO:
SENHA:
DATA DE NASCIMENTO:

INÍCIO: 09:20
TERMINIO: 11:20
HORÁRIO ESPECIAL: SIM NÃO

CIRURGIA

ELETIVA URGÊNCIA
AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): I II III IV V

DATA: 09 / 02 / 18

Diagnóstico Pré-Operatório: TRM

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): Marcos Wagner + Rafael Holanda
2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares):
Equipe Anestesiológica: Eduardo
Instrumentador(a):

Procedimentos Realizados:	Códigos
Fixação de Coluna lombar	

Horário

AGENTES	OXIGÊNIO																
	N_2O / AR																
	Sevo																
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICAS																
	SOL. DE RINGER																
	CONC. HEMÁCIAS																
MONITORES	ECG	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS					
	SpO_2	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99					
	$EtCO_2$	33	35	33	33	33	33	33	33	33							
	DIURESE																
TORNIQUETE Tempo		09:20			10:20				11:20								
LOCAL:																	

Pulso ●
PA V ∧
PA T
TEM ▲
PVC △
Início Anest. X
Início Cirur. ○
Término Cirur. ⊗

180 / 150 / 120 / 90 / 60 / 30

RESP ESP
ASS CONT.

INTERCORRÊNCIA: Anestesia Geral balanceada : DOI [illegible] 7,5.
VMC: Vt=500 Fr=12 FiO2=50%

ANESTÉSICA
INDUÇÃO: Inalatória, Venosa
MANUTENÇÃO: Inalatória
INTUBAÇÃO TUBO Nº: Oral, Nasal, C/Balão, S/Balão
ANESTESIA REGIONAL: Peridural, Raquianestesia, Epidural Sacra, N. Periférico
ANESTESIA REGIONAL: P Braq/Cervical, Supraclavicular, Interescalênico, Axilar
PUNÇÃO: Mediana, Paramediana, Sentada
EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: Aspirador, ECG, Baraka, Bis

Adrc
Atropi
Bextra
Bupiv
Bupiv
Bupiv
Cipro
Clexan
Decad
Dipiror
Dipriva
Dipriva
Dobutr
Dormo
Efedrin
Esmerc
Fentani
Flagyl
~~Sorano~~
Halotan
Hidrocc
Hypnon
Kefazol
~~Keflin~~ C
Ketalar
Lasix
Liquemi
Metherg
Morfina
Narcan
Naporin
Nimbium
Niprid
Noradre
Norcuro
Ocitocin
Pavulon
Plasil
Profenid
Prostigm
Quelicin
Rapfen
Revivan
Sevorane
Sufenta
Tilatil
Tacrium (
Ultiva
Valium
Xylocaina
Xylonaina
Xylocaina
Zofran
Água Dest
Água Dest
S. Fisiológ
S. Glicosa
S. de Ringe
C. Hemacia
Plasma
Oxigênio (L
N^2O (L/MIN
Ar Medicin
Co_2 (L/MIN)
MATERIA
Aquecedor
Agulha Per
Agulha Rag
Agulha Stin
Cal Sodade
Cateter Epi
Cateter Nas
Cateter Ven
Eletrodo EC
Equipo de S
Equipo Perf

SECAMPREV PREVIDENCIA SA
22 NOV. 2018
PROTOCOLO
PESSOA

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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Paciente: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
Data do Exame:01/02/2018
Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Lombar

Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando os interespaços.....

Indicação:

-

Análise:

- **Fratura cominutiva no corpo vertebral de L3, com extensão para o muro posterior, com sinais de retropulsão, comprimindo a face ventral do saco dural, sem extensão para os neuroforames. Não há sinais de envolvimento dos pedículos por fratura nem dos elementos vertebrais posteriores.**
- Não há evidência de herniação discal significativa, seja difusa ou localizada nos interespaços estudados.
- Demais porções do saco dural e tecido adiposo epidural de configuração anatômica.

Ramonie de Miranda Araújo

Dr. Ramonie de Miranda Araujo
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.
CRM-PB 8220

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA DE COLUNA LOMBAR

CONTROLE=FRATURA DE COLUNA LOMBAR COM OSTEOSSINTESE

DATA 07 / 02 / 18

Rosalie Andrade dos Santo
CRM 1508
MÉDICO RADIOLOGISTA

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rislongale Henrique de Macedo | IDADE:

ALA: Cirúrgico | LEITO: 68-1 | MÉDICO:

DATA: 07 / 02 / 18

MANHÃ

TARDE

Paciente admitido, oriundo do trauma, (com TRM + fratura fibular) paciente imobilizado em colar cervical, dieta espontânea em gravidade realizado cca de esquerdo, com Rx da perna para ver fat
int e mantido SSVV, cuidados, hipótese, enfermeira,
Aguarda conduta medica. Foi int e avaliado pelo ortopedista.

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

COREN 56310

NOITE

Paciente consciente e orientada, refere dor intensa na coluna lombar e em MID feito imobilização no mesmo e medicado ACM + SSVV. Dado parecer do ortopedista p/ tratamento conservador.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Maria Cristina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 604317

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosimaela Henrique de Macêdo | IDADE:
ALA: Cirúrgica | LEITO: | MÉDICO:

DATA: 08/02/18

MANHÃ

Paciente evolui em repouso vítima de queda da própria altura realizar Rx da coluna, + ECG aguarda procedimento cirúrgico. Segue em hidrotoga venosa aos cuidados da Enfermagem.

TARDE

Paciente manteve o quadro regular, em repouso no leito com (TRM) provenente de um atropelamento, a mesma atou em dieta zero, porém foi liberado a cirurgia liberado dieta de engorgo, aceitou, mamou, normotenso, provavelmente cirurgia amanhã, segue mud cpm.

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

NOITE Dia 08/02/18.

Paciente evolui acordada, orientada em repouso no leito, aguarda procedimento cirúrgico, provavelmente p/ amanhã, evolui em dieta zero após 24 hs, h.m.e.p realizado os cuidados e controles de enfermagem. Paciente tem alergia a várias medicações.

Ludicelmelo Azevedo
Tec. de Enfermagem
COREN 244583

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosangela | IDADE:

ALA: Emergência | LEITO: 68' | MÉDICO: Nulo

DATA: 09/02/18

MANHÃ

Paciente consciente e orientada evoluiu o quadro estável em dieta oferecida eupneica, afebril, eupneico, normotenso e segue aos cuidados da equipe

TARDE

Paciente em POI de fixação de coluna, consciente e orientada em repouso no leito, vivo e orientado SSVV, afebril normotenso, eupneico, em vancoline, realizado CCCC com SVD e dreno de sucção, segue sob cuidados.

Fabiana Dantas da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 56315

NOITE

Paciente consciente, orientada sem queixas no momento, com S.V.D + dreno hemovac, medicada ACU + SSVV. Paciente alérgica a várias medicações.

Maria Cristina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 604317

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Rosangela **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: Rosangela Henrique de Macedo | IDADE:

ALA: Cirurgia | LEITO: 08 P | MÉDICO:

DATA: 10/02/18

MANHÃ

paciente evolui, mantendo quadro estável, apresenta consciente e orientada, acordada, aceitando bem a dieta oral, dieresepresente em SVD, mantendo drenos de sucção. Segue aos cuidados da enfermagem.

Zenaide da Silva
COREN

TARDE

Paciente evolui com quadro estável, em 1º DPO de fixação de coluna, lúcida e orientada em repouso no leito aceitando bem a dieta oral, diurese ⊕ e retroperitoneal em SVD sem sinais e sintomas SSVV, afebril, normotermia, eupneica, sem queixas.

Fabiano

NOITE

Paciente evoluiu c/ E.G.E. afebril, 1º DPO, sem alterações medicada com Neurex por SVD drenos de sucção em controle. Segue aos cuidados de enfermagem.

Edite Ramos da Silva
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN-PB 75.177

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

FISIOTERAPIA

Nome do Paciente: Rosangela Idade: _____ Médico (DR): _____

Data	Evolução	Data	Evolução
10.02.18 15:00 (MR)	Pacte PO de fixação de coluna lombar em AA, eupneico, S/DR. com Fratura de MID, (engessado), vítima de atropelamento. AD: respirom (3x10) + cinesioterapia dig livre MMSS + assistido (MMII).		
11.02.18 10 MR	Pcte em EGR, consciente, estável em VEA, eupneico, S/DR Conduta: cinesioterapia de MMSS + assistida MMII, Respiron (3x10)		
12/02 12 10:00	Paciente evoluiu ulcera calcaneopatica eupneico em AA, cama imobilizado MID em extensão DR-ue CR: none + Sn2 + respiron		
12/02 12 10:15	Paciente segue linfedema e ulcera. sem imobilização de MIE, + sedentarismo		

Elton Amorim Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO 164155-F

Vivian A. Rego
Fisioterapeuta
CREFITO: 233151-F

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

COMPREV PREVIDÊNCIA SIMPLES
22 AGO 2018
PROTOCOLO
AGENDAMENTO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosangela Henrique de Macedo IDADE:

ALA: Cirurgia LEITO: 08 MÉDICO:

DATA: 11/02/18

MANHÃ

paciente evoluí mantendo quadro estável afebril, consciente e orientada, alérgica à varias medicações e corantes, permanece dieta e SVD por prescrição médica, aceitando bem à dieta, segue aos cuidados da enfermagem. Demanda.

TARDE

paciente evoluí consciente, orientada, verbaliza eupneico, afebril, restrito ao leito, mpu, diurese espontânea, aceita dieta segue aos cuidados sem queixas no momento.

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

NOITE

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA: | LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: TRM L3

DATA: 07/02/18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
① Manter prescrição	
② Manter [illegible]	
③ Dipirona 1mL EV 6/6h	20/04
④ Amytril 25mg VO noite	21
⑤ Omeprazol	
⑥ Paracetamol/500 01 cp VO 4/4h	20/02

Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2943
www.lucianoholanda.med.br

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente em pós-op de trauma raquimedular após acidente.
Evolução: Internação
Dia: 7 RM

Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2948
www.lucianoholanda.med.br

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Maria Angela Henrique

ALA: | LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: TRM

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

07/02/18

Ortopedia 16:30h
Paciente vítima de atropelamento por moto, c/ TRM. Queixa-se de dor e perda DD e fratura

Cx-Nx perna D RP, P e Nx fratura e
Ato Nx - fraturas colheira de Munhe D
+to conservador
Cx-Talo cirurgia c/ abertura
Prescrição, exames e Parecerista
Retorno c/ 15 dias

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A. 22 AGO 2018 PROTOCOLO SÃO JOÃO DE PESSOA

Dr. Reginaldo Lima P. Júnior
Ortopedista / Traumatologista
CREMERN 9107
CRMPB 9116 - TEOT-15263

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: [illegible]

ALA: | LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: | DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
8/2 (1) [illegible]	
(2) [illegible] N 12/12	12 24
(3) [illegible] N 8/8	14 22 06
(4) Dipirona 2g N S	alergico
(5) Voltaren 1g IM 1x	21 alergico
(6) Amitrilina 25 mg 21h	21

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 ABR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO MÉDICA

8/2. Apetite bom, AR [illegible] dens (mels. 19-15) [illegible] + [illegible], ECG c/ [illegible].

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

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

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Raimundo Henrique de Macedo

ALA: | LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: | DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
9/2						
(1) Hidratação ao acordar						
(1) Fenobarbital 100 IV 8/8	11:30		19:30		3:30	
(2) Levetiracetam IV 8/8	11:30		19		03	
(4) Ceftriaxona 1g IV 12/12	18				06	
(5) Dipirona 2g IV SOS						
(6) Intubação:						

EVOLUÇÃO MÉDICA

9/2 SO (convulsões/crises
Rigidez generalizada
+ acordar/prevenção/alerta por via/pulm

Passar na U.T.I

COMPAZ
COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Dr. Rafael R. Bezerra
NEUROLOGISTA
CRM-CE

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Rosivalo Nascimento

ALA: Cirúrgica | LEITO: 681 | CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 10.02.18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
Dieta Livre	
Fisio Cloro	
Dipirona 1g 8/6h	1ST (Cirúrgica)
Dipirona 1g 8/12h	
Ranitidina 1 amp 8/8h	
Ceftriaxona 1g 12/12h	11:22
Tramadol	
Clexan	

Dr. Marcos Wagner de S. Dias
CRM-PE 14287
10 FEV. 2018

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

Dr. Marcos Wagner de S. Dias
CRM-PE 14287
19 FEV. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Rosangela Maria

ALA: Cirúrgica | LEITO: | CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: | DATA: 11.02.18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
Dieta livre	
Fisio closed	10
Dipirona 2g e 6/6	Alergia
Assistência	
Retirar Dreno 5	10
SVD	10

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 5862 / CRM-PE 14567
11 FEV. 2018

EVOLUção MÉDICA

Melhor deambulando
Alta e fo
em dos pelo

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

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 5862 / CRM-PE 14567
11 FEV. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: [illegible]

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 10587

12 FEV. 2018

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosangela | IDADE:

ALA: | LEITO: | MÉDICO:

DATA: 11/02/18

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente evoluiu estável SSVV apenidos alergica a dipirona M.E. p/ seguir cuidados de enfermagem

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

Henika Simone S. Arruda
Técnica de Enfermagem
COREN 487.425

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosangela Henrique de Macedo | IDADE:

ALA: Cirúrgica | LEITO: 681 | MÉDICO:

DATA: 12/02/18

MANHÃ

paciente evolui, mantendo quadro estável, hemodinamicamente consciente e orientado, aceitando bem a dieta, diurese presente preservada. Segue aos cuidados da enfermagem. Recebeu alta hospitalar sendo.

TARDE

NOITE

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PACIENTE: [illegible]
Nº DO PRONTUÁRIO: Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: 9/8/18 ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: [illegible]
1º AUXILIAR: [illegible] 2º AUXILIAR: [illegible]
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: [illegible] TIPO DE ANESTESIA: [illegible]
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [illegible]
TIPO DE OPERAÇÃO: [illegible] ② 4020103
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: [illegible] ③ 402250
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: [illegible]
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: ① 40212033
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT. EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

① [illegible]
② [illegible]
③ [illegible]
④ [illegible]
⑤ [illegible]
⑥ [illegible]

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

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

SOCIAL PREV
PREVIDENCIA SIA
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. 10 PESSOA

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
54 ANOS
0110064516 Dt Coleta: 08/02/2018 - 08:34:15
Dr(a): RAFAEL RODRIGUES HOLANDA/1291
Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Emissão: 08/02/2018 - 12:36:53 Local: CIRURGICA

PROSANGUE diagnóstico

Control Lab

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência	
Hemácias	4,04	milh/mm3	3.90 a 6.70
Hemoglobina	13,0	g/dL	H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	38,0	%	H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	94,1	u3	80.0 - 98.0
H.C.M.	32,2	pg	26.0 - 32.0
C.H.C.M.	34,2	g/dL	32.0 - 36.0
RDW	12,3		11.0 - 14.5
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.		

LEUCOGRAMA					
Leucócitos	11354		/mm3	3800 - 10000	
Bastonetes	0	0		0-2	0-500
Segmentados	90	10219		46-67	1.820-6.700
Eosinófilos	1	114		1-5	36-500
Basófilos	0	0		0-2	0-100
Linfócitos	7	795		20-35	800-3.500
Linfócitos reativos	0	0		0-1	0-100
Monócitos	2	227		2-10	72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.				
PLAQUETAS	417000		/mm3	140.000 -	450.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.				

Metodo: AUTOMAÇÃO XT1800
Material: SANGUE TOTAL

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

Dra. Talita Nunes Cardoso
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF – PB 4096

COMPREV PREVIDÊNCIA S
COMPREV
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO XXIII

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

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: _____ RG: _____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

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

Campina Grande, 07 de Janeiro de 2018

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

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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-049

Rosângela Henrique de Macêdo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.209.273 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2012

NOME ROSÂNGELA HENRIQUE DE MACÊDO

FILIAÇÃO ANTÔNIO HENRIQUE PEREIRA
ESTELIMA DE MACÊDO PEREIRA

NATURALIDADE
CACIMBA DE DENTRO-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/04/1963

DOC. ORIGEM
CASAM N.3943 FLS.02 LIV.B-11
CARTORIO ARARUNA-PB.

CPF
063.236.454-83
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

22 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388398 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 3° VÉRTEBRA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA LOMBAR.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Data do acidente: 30/01/2018

CPF: 063.236.454-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 03/10/2018	Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 063.236.454-83	CPF: 105.999.304-03
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Data do acidente: 30/01/2018

CPF: 063.236.454-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 09/11/2018 Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO CPF: 063.236.454-83	Data do cadastramento: 09/11/2018 Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA CPF: 109.758.064-40
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO	ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Data do acidente: 30/01/2018

CPF: 063.236.454-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 04/09/2018	Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 063.236.454-83	CPF: 105.999.304-03
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388398 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 3° VÉRTEBRA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA LOMBAR.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura: