



Número: **0801528-86.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **25/02/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDIR FERNANDES DE SOUZA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37307230	01/12/2020 11:29	Petição	Petição
37307233	01/12/2020 11:29	2648992_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37307234	01/12/2020 11:29	2648992_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

874.096.744-15

Valdir Fernandez de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Openbank 013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 874.096.744-15 Nome completo da vítima: Valdir Fernandes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Valdir Fernandes de Souza CPF: 874.096.744-15
Profissão: Recusou-se Endereço: Sit. Lote Número: 01m Complemento: _____
Bairro: Nova Rural Cidade: Fátima Regio Estado: PB CEP: 5827-3000
E-mail: ccj.ods@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
Operação 001
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 113724 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar 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: Fátima Regio - PB, 06 de Junho de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Fernandes de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

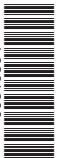
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13780129

Pag. 01607/01608 - carta_01 - INVALIDEZ

00010804





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00321/00322 - carta_02 - INVALIDEZ

00040161



Carta nº 13790223





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01349/01350 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00123/00124 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009040

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um membro superior e de um membro inferior 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **VALDIR FERNANDES DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000044**

Conta: **00000113724-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

874.096.744-15

Valdir Fernandes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Valdir Fernandes de Souza

CPF:

874.096.744-15

Profissão:

Recusou-se

Endereço:

Sítio Lute

Número:

217

Complemento:

Bairro:

Água Rural

Cidade:

Paraná, RJ

Estado:

RJ

CEP:

5827-3000

E-mail:

ccf.ado@gmail.com

Tel.(DDD):

83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

113724

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☒ 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:

Paraná, RJ - 27 de Dezembro de 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Fernandes de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adilson Luiz de Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

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

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



CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

261-341033622-4

18/SET/2018 HORA DF 15:41:13

COT: 13.024889-4 TERM: 059232

LOCALIDADE: PEDRO REGIS

AG. VINCULADA: 0044 CONTROLE: 822117568

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00113724-9

VALDIR F. SOUZA

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

261-341033622-4

1ª VIA

CAIXA Loterias



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

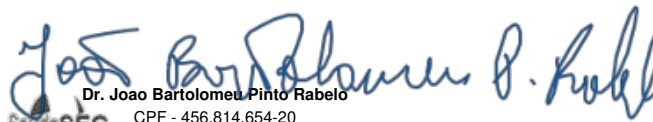
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190009040
Nome do(a) Examinado(a): Valdir Fernandes de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cuite, S/N
Área Rural Pedro Regis PB CEP: 58273-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1652196
Data local do acidente: [22/07/2018]
Data local do exame: [14/01/2019] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO RAQUE MEDULAR COM PARAPARESIA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE CERVICAL POR VIA ANTERIOR. FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 21/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE ARTRODESE CERVICAL NA REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO, MARCHA COM USO DE BENGALA COM MARCHA ESCARVANTE COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA HEMIPLEGIA DIREITA COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



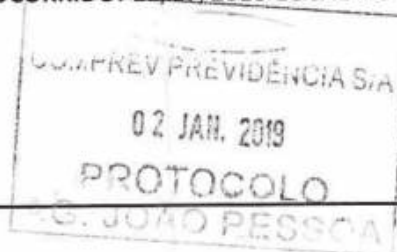
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 80/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

COMUNICANTE: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** JACARAÚ-PB
PROFISSÃO: AGRICULTOR **DATA DE NASCIMENTO:** 25/08/1971 **IDADE:** 47 ANOS **RG:** 1.652.196 SSP/PB **CPF:**
874.096.744-15 **FILIAÇÃO:** JOÃO FERNANDES DE SOUZA E ESTELITA ADELAIDE DE MATOS **ENDEREÇO:** SÍTIO
CUITÉ, S/Nº., ÁREA RURAL, PEDRO REGIS-PB. **TELEFONE:** 83-99126-0182 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO
FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** PARDO **DIA DO OCORRIDO:** 22/07/2018 **LOCAL DO FATO:** NA
ESTRADA QUE LIGA LAGOA DE DENTRO-PB A PEDRO REGIS-PB.



NARRATIVA: VALDIR FERNANDES DE SOUZA AFIRMA QUE NO DIA 22/07/2018, POR VOLTA DAS 22:40H, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN DE PLACA MNL-6888/PB DE COR AZUL DE PROPRIEDADE DA SRA MARIA DA GUIA DA SILVA PELA ESTRADA QUE LIGA O MUNICÍPIO DE LAGOA DE DENTRO-PB A PEDRO REGIS-PB, NAS PROXIMIDADES DE UMA IGREJA EVANGÉLICA, CUJO NOME NÃO SABE INFORMAR, TEVE A LATERAL DA MOTO ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE NA OCASIÃO VINHA SAINDO DA IGREJA, E EM DECORRÊNCIA DESTE FATO, CAIU SOBRE O SOLO SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA O CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA NA CIDADE DE JACARAÚ-PB E POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE CHEGOU NA MADRUGADA DO DIA 23/07/2018 E TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 03:06H, CONFORME DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR ORA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIUO O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 17 de agosto de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 155.268-1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

874.096.744-15

Valdir Fernandes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Valdir Fernandes de Souza

CPF:

874.096.744-15

Profissão:

Recusou-se

Endereço:

Sit. Lute

Número:

217

Complemento:

Bairro:

Água Rural

Cidade:

Pedernópolis

Estado:

PB

CEP:

5827-3000

E-mail:

ccf.ado@gmail.com

Tel.(DDD):

83-98849-5530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

113724

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ 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:

Pedernópolis - PB, 27 de Dezembro de 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdir Fernandes de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **VALDIR FERNANDES DE SOUZA** RG 165.2196 SSP-PB e CPF 874.096.744-15, residente no Sítio Cuité, no município de Pedro Régis – PB, foi vítima acidente motociclistico, sofrendo lesões e escoriações pelo corpo, bem como, corte na região frontal da cabeça. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 22/07/2018, sendo encaminhado para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 28 de Agosto de 2018.

Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO



Rua Presidente João Pessoa – Centro – CEP 58278-000 – Jacaraú/ PB
Fone: (83) 3295-1883 Email: centrodesaudeauraribeiro@gmail.com



MARIA DA GUIA DA SILVA
SIT CUTE, S/N - AREA RURAL
PEDRO REGIS / PB CEP 58270000 (A/S 14)
Emissão 06/12/2018 Referência Dez / 2018
Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO-B-230 Am-29- Círculo Rendetor-João Pessoa/PB- CEP 58074-680
Roteiro 3-30- R01- 2840 Nº medidor 0000059030

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Rendetor - João Pessoa/PB - CEP 58074-680
CNPJ 08.086.882/0001-40 Ins. Est. 16.016.229-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 016 631 638
Cod. para Dab. Automático: 00007984790

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação
06/12/2018

Data prevista da
próxima leitura
08/01/2019

CPF/ CNPJ/ RAN

020.638.654-74

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/758479-0

Canal de contato

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de
dezembro de 2018
Reservista, disponível na sua Organização Internet

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
07/11/18	13942	06/12/18	13980	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alíq. Icos(R\$) Base Calc. Pa(R\$) Colim(R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267890	8,03 27 2,33 8,63 0,09 0,43
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,439540	30,76 27 9,32 34,54 0,37 1,01
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	27,000	0,740300	19,98 27 4,24 8,88 0,71 0,04
0801	Adic. B. Amarelo			0,88 0,00 27 0,24 0,88 0,71 0,04
0801	Quilômetro			45,06 45,06 27 12,41 45,06 0,50 2,29
0907	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			4,72 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0906	Devolução Subsidio			-30,78 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	83,95	109,99	29,89	109,89	1,19	5,48			
Média	últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR								
130		13/12/2018	R\$ 83,95								
		Histórico de Consumo (kWh)									
122	147	130	140	148	159	131	145	109	105	127	138
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18
RESERVADO AO FISCO											

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,76	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	25,52	
DIC ANUAL	51,05	CONTRATADA
FC MENSAL	7,88	
FC TRIMESTRAL	15,79	LIMITE SUPERIOR
FC ANUAL	31,58	
DIC M	8,99	
DIC D	18,90	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia e PD	15,20	18,10
Consumo de Energia	21,69	25,84
Serviço de Transmissão	2,37	2,82
Encargos Setoriais	2,90	3,45
Impostos, Oribitos e Encargos	41,08	48,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	83,95	100,00

Valor do B.O. (Ref. 10/2018) R\$ 74,67

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$39,78

PREVIDENCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
CÓDIGO PESSOA



A vida pede mais que um banco

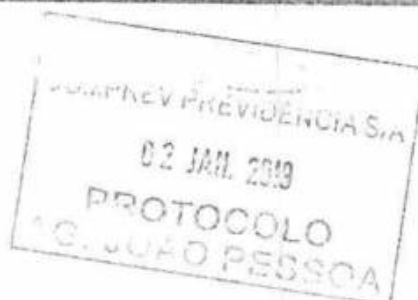


CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM 07/12/2018

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



7211307021191454801638536830071216



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailton Luiz de Queiroz Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valdir Leonardo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 874.096.744 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Valdir Leonardo de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 874.096.744 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Colombo</u>		Número <u>472</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.cho@qmail7.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-3910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-988495530</u>

João Pessoa-PB, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Adailton Luiz de Queiroz Coutinho mt
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

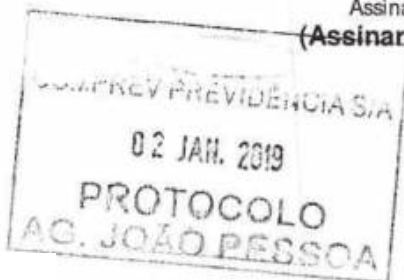
Eu, Maria da Graça da Silva,
RG nº 1988.722, data de expedição 14 / 10 / 2009,
Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 020.538.654-74,
com Domicílio na cidade de Pedra Régia, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Pedra Régia,
Avenida Rural nº 01, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do acidente ocorrido com a vítima
Valdir Fernandes de Sousa, cujo o condutor
era Valdir Fernandes de Sousa.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2002
Modelo.....: Honda / CG 125 Xiton ES
Placa.....: MNJ 6888-PB
Chassi.....: 9C2JC30202R1 29579
Data do acidente.: 22 de Julho de 2018

Local e data: Pedra Régia - PB, 01 de Outubro de 2018

X Maria da Graça da Silva SSDS
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

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





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

RECEITUÁRIO

Dr. Valdir F. ...

Exame físico

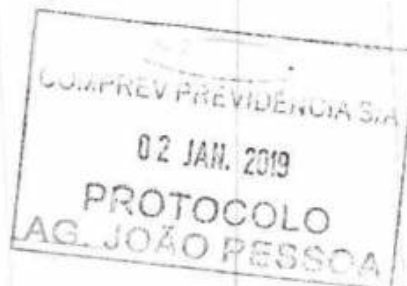
Exame físico com História
do paciente em estado, sendo
atualizado em supracitado exame
e o quadro
de sintomas em andamento,
segue para o tratamento
em MMZ + Vitam.
em acompanhamento periódico
para avaliação da evolução
dos sintomas e controle
da doença.

CA=120x80
-ST=15"

31/01/19

Dr. Edivaldo Guedes
Médico
CRM-RB 11111

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VALDIR FERNANDES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 25/08/71
NOME DA MÃE ESTELITA ADELAIDE DE MATOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 110050
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1096323
DATA DO ATENDIMENTO 23/07/18
HORA DO ATENDIMENTO 03:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA x CARRO
DIAGNÓSTICO (S) TRAUMATISMO INTRACRANIANO, ESPONDILOPATIA TRAUMÁTICA
CID 10 S06.9, M48.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA PERNA E JOELHO DIREITO, CONTUSÃO E FERIMENTO NA FACE, PERNA E JOELHO DIR. ESCORIAÇÕES EM FACE, MMSS. REF. PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, BMF. NEUROCIRURGIA DIAGNOSTICA - PARAPARESIA MMII GRAU 3; AUSÊNCIA DE NÍVEL SENSITIVO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC - NORMAIS



TRATAMENTO:

TRATAMENTO CONSERVADOR - MEDICADO + SUTURA DE FERIMENTO

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

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1096323



Identificação do paciente						
ID 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 47 anos 2 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110050		
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Pai JOAO FERNANDES DE SOUZA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991260182	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1652196	Nº Cns 702800677574464				
Local de procedência PEDRO REGIO		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
Email	Naturalidade JACARAU	CBO/R				
Endereço						
CEP 58273000	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro CUITE			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 23/07/2018 03:06:13	Número da pulseira 1000059893331	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS						Tempo 35seg

Imprimir





GOVERNO
DA PARAGUAY

AV. ORESTES LIEBOWITZ, 88 - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 5332186700

Boletim de Atendimento: 1098323



Identificação de pacientes

ID 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 25/03/1971	Idade 48 anos 10 meses 28 dias	Estado civil Casado
Via ESTELITA ADELINDE DE MAYOS		Parentesco Primo
Residência		País JOAO FERNANDES DE SOUZA
		Responsável (Pareceres) MARIA DA GUIA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 863662315	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1552198	Nº ZFM 70260677074464
Local de produção JACARAÚ		Tipo MUNICÍPIO
E-mail	Endereço JACARAÚ	UF PB
Endereço		CEP 5273062
CEP 5273062	Identificação de residência PESCC REGIS	Identificação CUTER
Numeração 527		Estado ZONA RURAL
Admissão		
Data e Hora 23/07/2018 03:15:15	Número da prescrição 1000059893331	Gênero S. 3
Classificação CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		
Características do paciente	Forma de ocorrência ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Outra unidade de saúde VEÍCULO A MOTOR
Indicadores e Transportes		
Data de entrada H83	Forma de entrada H83	Forma de entrada H83
Forma de entrada AMBULANCIA		
Sinais Vitais		
Exames complementares		
Radiografia	Ultrassom	Ultrassom
Dados clínicos		
Paciente de entrada, com história de que de morte, consequente, que a morte, consequente, anteriormente, por. f		
Diagnóstico		
Atenção por		
AURINHO OUTRORA DENTIST		

Pacientes de entrada, com história de queda
de posto, consecutiva, desde o, supram, 2,
anteriormente, pad.

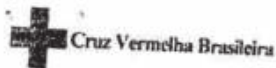
Dispositivo

STATION FOR
AURINSE COLUMBIA MOUNTAIN

C2

Test 20
384 mg





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 8H (COLISÃO COM CARRO), LEIXA-SE DE DOR EM PERNA D. APRESENTA EQUIMOSE EM PÁLPEBRA INFERIOR À E + FERIMENTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL E REGIÃO MENTONIANA, JÁ SUTURADOS; E OUTRO EM PERNA D, NÃO SUTURADO + ESCORIAÇÕES EM FACE, MMSS, JOELHO E. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA; VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + SUTURA + CURATIVO + PRESCREVO SAT + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: OBSERVAR POR 2H)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

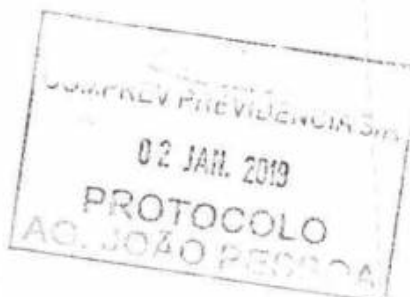
Conduta

em observação + SUTURADO EM C.T. PRON

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

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



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

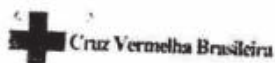
<http://172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343656&pesquisa=S&pe...>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695>

Número do documento: 20120111294199100000035599695



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Telefone de Contato (83) 993562315
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13		Data/Hora Prescrição 23/07/2018 13:32:23	Nº Cons. Regional 6028/PB

Anamnese

NEUROCIRURGIA:

IDENTE MOTOCICLISTICO ONTEM À TARDE.
MANTENDO QUADRO NEUROLÓGICO.

AO EXAME: GLASGOW 15,
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
PARAPARESIA MMII GRAU 3 ; AUSÊNCIA DE NÍVEL SENSITIVO.

TC CRÂNIO: Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Calota craniana sem alterações.

TC COLUNA DORSAL: Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.
Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.
Canal vertebral com diâmetros normais.

TC COLUNA LOMBOSACRA: SEM FRATURAS OU DESALINHAMENTOS

OD.: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
PROGRAMAR RM DE COLUNA TORACOLUMBAR.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

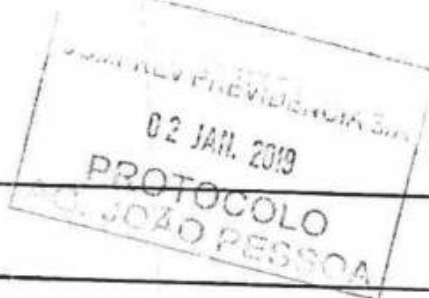
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

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



<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343777&pesquisa=S&perform=im>



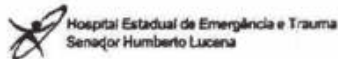
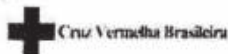
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695>

Número do documento: 20120111294199100000035599695

23/07/2018

172.16.0.8:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343384&pesquisa=S&pe...

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	SAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento 23/06/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS	Telefone de Contato (83) 993562315		Prontuário
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	Nº Cons. Regional 10510/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Prescrição 23/07/2018 03:20:13		
Anamnese PROVINDO DA UPA DE JACARAU COM RELATO DE CHOQUE MOTO/CARRO NESTA NOITE. NEGA USO DE CAPACETE. CONTA PERDA DE CONSCIENCIA E MEMORIA AO CAIR. EM TEMPO DE QUEIXA DE PERDA DE FORÇA EM MMII POREM COM SENSIBILIDADE PRESERVADA E LOMBALGIA. CONTA INGESTÃO DE ALCOOL. VIAS AEREAS PERVEAS E SEM CERVICALGIA. EUPNEICO, SEM SINAL DE SNAGRAMENTO, NORMOCARDICO E NORMOPRESSORICO. GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADO. PRESENÇA DE LESÕES CORTO CONTUSAS EM FACE COM PRESENÇA DE SUTURA EM TODAS.			
CD: TC DE COLUNA LOMBOSSACRA PARECER DA NEUROCIRURGIA OBSERVAÇÃO			
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA			
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta Em observação			

 BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
 MEDICO
 CRM - PB 10510

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
(CRM: 10510/PB)



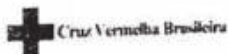
Boletim registrado por: AURINEIDE GUEIROGA SANTOS em 23/07/2018 03:06:46

172.16.0.8:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343384&pesquisa=S&perform=im...



23/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=343400&pesquisa=S&perform=im...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1096323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS 702600677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS	Barrio ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Endereço CUITER, SN	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Acidente VEICULO X MOTO	Data/Hora Prescrição 23/07/2018 05:44:57		
Data/Hora Classificação 23/07/2018 03:06:13			
Anamnese			
NEUROCIRURGIA			
TCE, COLISÃO MOTO			
AO EXAME: GLASGOW 15 PUPILAS ISO PARAPARESIA MMII GRAU 3 ; AUSÊNCIA DE NÍVEL SENSITIVO			
TC COLUNA LOMBOSACRA SEM FRATURAS OU DESALINHAMENTOS			
CONDUTA: TC COLUNA DORSAL TC CRÂNIO			
EXAME DE IMAGEM			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL			
CID10			
Código	Descrição		
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado		
Conduta			
Em observação			

VALDIR FERNANDES DE SOUZA

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

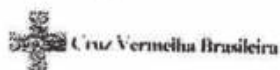
Número do documento: 20120111294199100000035599695

Num. 37307233 - Pág. 26



11/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInical=11/08/2018 10:33:49&dataFin...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:GOVERNO
DA PARAIBAImpresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 11/08/2018 10:33:58

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

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 11/08/2018 10:33:49)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

-->> TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C(MAIS EVIDENTE NO MID)

PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTÁLGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

AO EXAME

GLASGOW 15

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

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

CD

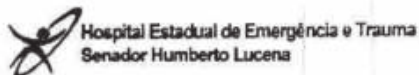
- AGUARDO RM CERVICAL -->DOMINGO AS 15H

-SOLICITO RX DE COXA DIREITA

ção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgia
CRM - PB 7423



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



Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 10/08/2018 07:21:39

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

EVOLUÇÃO MEDICA (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 10/08/2018 07:21:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C(MAIS EVIDENTE NO MID)
REFERE DORSALGIA, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15

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

RNM DA COLUNA CERVICAL URGENTE

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650



União Federal do Brasil



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 27.780.96 - Tel.: 0332.165700

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE

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

Paciente	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Detalhes de Atendimento	1056323	Data de Entrada	23/07/2013 03:05:13	Data de Alta	
Data de nascimento	25/08/1971	Idade	46	Sexo	Masculino	CNS	702800677574464
Tempo de Internação		Convênio	SUS	Prontuário	110050	Plantão	DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 09/08/2018 09:00:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPLEGIA CRURAL ASIA-D, MAIS EVIDENTE NO MIDJ
REFERE DORSALGIA, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15

RNM COLUNA DORSAL: PROTRUSÃO DISCAL C6-C7, C7-D1, D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR
TRM COLUNA LOMBAR: PARAPLEGIA CRURAL DISCAL L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5

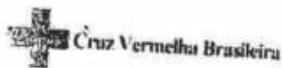
RNM DA COLUNA CERVICAL URGENTE

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela Informação: THAISE AGRA TEIXEIRA

5247
Neurocirurgia
Thaíse Aggra Teixeira
Número Conselho: 5247

PROVIDENCIA
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 08/08/2018 10:03:14)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

16 DIAS DE INTERNAÇÃO; TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C(MAIS EVIDENTE NO MID)
REFERE DORSALGIA, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15

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

RNM DA COLUNA CERVICAL URGENTE

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

Número Conselho: 6018



Unidade Central de Atendimento



Serviço de Atendimento ao Paciente

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

GOV. DO
ESTADO DA PARÁIBA

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

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

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 07/08/2018 18:18:44)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

****NEUROCIRURGIA****

15 DIAS DE INTERNAÇÃO; TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPARESIA CRURAL ASIA-C
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL E LOMBAR

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

Número Conselho: 6018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Bom Pastor Hospital de Referência

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



Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
E-mail: mauro@hctm.org.br

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1095323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

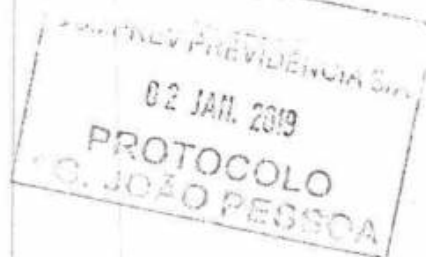
*****NEUROCIRURGIA*****

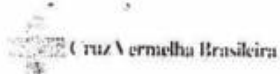
14 DIAS DE INTERNAÇÃO: TRAMOCIDENTE MOTOCICLISTICO COM PARAPARESIA CRURAL ASIA C
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, AFEBRIL, EUPNEICO, GLASGOW 15
AGUARDA RNM DE COLUNA DORSAL E LOMBAR

Sigla: AREA LARANJA - CDC 0 - Leito: LEITO EXTRA 06

Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

Numero Conselho: 6018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: RICARDO
RODRIGUES DE CARVALHO
Em: 05/08/2018 16:41:41

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

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*****NEUROCIRURGIA*****

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

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO

Número Conselho: 6628

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM 6628



172-16.0-939C-sub payment: peris. info: d. 11/11/11. 172-16.0-939C-sub payment: peris. info: d. 11/11/11.



GOVERNMENT
DA PARAGUAY

Impresso por: ERICKSON
QUARTE BONIFACIO DE
ASSIS
Em: 04/08/2016 12:51:10

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Data de nascimento 25/08/1971		Data Hora Sessão 13.07.2018 12:05:13	
Idade 40		Sexo Masculino		Ponto de Acesso 110050	
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plano de Tratamento DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (ERICKSON DUARTE BORGES) DE 1998 - 2012 (10000)

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

NCR

TRM-ACIDENTE.MOTOCLISTAS.GG

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTÁVEL.

PARAPARESIA CRURAL → EV. MELHORA.
TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR (N.O.)

TC COELUNA LOMBAR: Osteófitos marginais anteriores em todos os corpos vertebrais lombares e posteriores em L2 e L4.

Redução do espaço discal L3/L4 com esclerose dos platôs adjacentes - irregularidade dos platôs inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos são atrações

Articulações interapofisárias de aspecto normal

Canal vertebral de diâmetro aumentado por causa da hipertrofia dos processos

Partes moles similares, cefalopodia e corbaisa bem desenvolvidas.

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

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes mides para ver si están bien.

[illegible]

CDIAGUARDA RVM DA COLUNA CORONA E COLUNA LATERAL

Seção: AREA LARANJA - UOC B Lote: LEITO EXTRA 13
Profissional responsável pela informação: ERICKSON DUARTE SOBRINHO DE 1996

Número Conselho: 3002

FOR THE PREVIOUS YEAR.

02 JAN. 2019

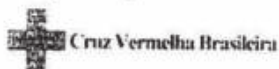
PROTOCOLLO

GOIÃO PESSOA



03/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/ atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=03/08/2018 11:11:50&dataFin...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 03/08/2018 11:11:59

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

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 03/08/2018 11:11:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

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

TC COLUNA LOMBAR:Osteófitos marginais anteriores em todos os corpos vertebrais lombares e posteriores em L3 e L4.

Redução do espaço discal L3 L4 com esclerose dos platôs adjacentes.
 Irregularidade dos platôs inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4.
 Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.
 Processos transversos e espinhosos sem alterações.
 Articulações interapofisárias de aspecto habitual.
 Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
 Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

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

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

Número Conselho: 7030

Dr. Lavoisier Feitoso Neto
 Neurointervencionista Endovascular
 Neurocirurgia CRUA-PB 7030



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

Num. 37307233 - Pág. 35

03/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=03/08/2018 11:11:50&dataFinal=03/08/2018 11:11:50

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 03/08/2018 11:16:24

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

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 03/08/2018 11:11:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL

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

TC COLUNA LOMBAR:Osteófitos marginais anteriores em todos os corpos vertebrais lombares e posteriores em L3 e L4.

Redução do espaço discal L3 L4 com esclerose dos platôs adjacentes.

Irregularidade dos platôs inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

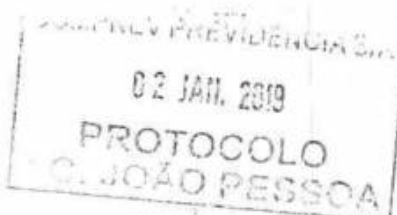
Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.
DESMAME DE SVDDr. Lavoisier Feitos Neto
Neurointervencionista Endovascular
Neurocirurgia CRM-PB 7030Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Número Conselho: 7030



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

Num. 37307233 - Pág. 36

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?perform=imprimir&conexao=12&n=705924605



1991-1992 年 10 月 1 日
1992-1993 年 10 月 1 日
1993-1994 年 10 月 1 日

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Bairro de Atendimento 1088323	CEP 23073-000
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 43	Sexo Masculino	Cidade 72280037254000
Tempo de Internação		Convênio SUS	

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TRM-ACIDENTE MOTOICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

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

TC COLUNA LOMBAR:Osteófitos marginais anteriores em todos os níveis, de T12 até L5, com maior intensidade em L4.

Redução do espaço discal L3 L4 com esclerose dos platôs adjacentes.

Irregularidade dos platôs inferiores de L2 e L3 e superiores de L3 e L4.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto regular

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão est.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de alongamento semelhantes.

TC COLUNA DORSAL: Corpos vertebrais e estruturas vertebrais pós-anteriores com coeficientes de atenuação normais, com osteófitos marginais anteriores.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

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

Seção: ÁREA LARANJA - UDC 9 Lote: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: THAÍSE AGUIAR TEIXEIRA



01/08/2018

172.16.0.8:8080/cvb/pages/ater-timenio.do?&perform=imprimir&id=1098323&idoc=25/08/1971 10:15:59



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Zélio de Moraes
Senador Murilo Portela AraújoAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: JOSE
LAVOISIER FEITOSA NETO
Em: 01/08/2018 10:15:59

Paciente	VALDIR FERNANDES DE SOUZA			Boleim de Atendimento	1098323	Gerado em	01/08/2018 10:15:59
Data de nascimento	25/08/1971	Idade	46	Sexo	Masculino	CPF	000000000000000000
Tempo de Internação				Convênio	SUS	Valor	0,00

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO - 01/08/2018 10:15:59)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

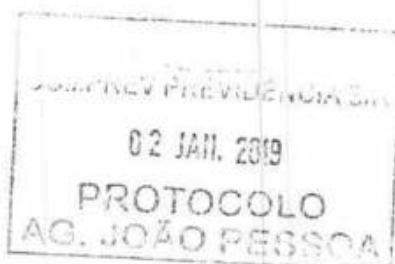
PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

PARAPARESIA CRURAL -> EM MELHORA
TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.AO EXAME: GLASGOW 15, PARAPARESIA CRURAL ASIA-D, AFEBRIL, PAZ, BOM HEMISFERIO, HEMISFERIO
ESTAVEL

CD: AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.

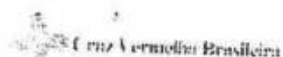
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO

Data de Impressão: 01/08/2018



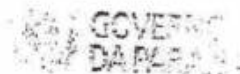
http://172.16.0.8:8080/cvb/pages/ater-timenio.do?&perform=imprimir&id=1098323&idoc=25/08/1971 10:15:59





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:



Impresso por: DANIEL
ESPINDOLA RONCONI
Em: 31/07/2018 09:22

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 22/07/2018 05:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800677574484
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 31/07/2018 09:22:29)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PACIENTE EVOLUI DE FORMA ESTAVEL.

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

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

CD: AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR A SER REALIZADA HOJE

Sessão: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05

Responsável pela internação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Daniel Ronconi
Atendente
RNM 1021

PROVIDENCIA 31
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS



30/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=30/07/2018 16:07:18&dataF

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estafeta de Emergência do Brasil
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DO
PARANÁImpresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 30/07/2018 16:07:35

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1095323	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702900677574464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110050	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 30/07/2018 16:07:15)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

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

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

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

Número Conselho: 6015



172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=30/07/2018 16:07:18&dataFinal=30/07/2018 16:07:35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

28/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.dc?&perform=imprimir&control=2&id=41021203&id=41021203



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Pernambuco
Secretaria Municipal de SaúdeAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: SUELIO
MOTTA NEVES POATE
Em: 28/07/2018 10:37:52

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096323	Data/Hora Entrada 23.07.2018 08:13:17	Data Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 73280057876484
Tempo de Internação	Convênio SUS		PROCESSO 10023

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 28/07/2018 10:37:52)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

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

AO EXAME:GLASGOW 15,PARAPARESIA CRURAL ASIA-D.A.FEBRIL.EUPNEICO.HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUMA LOMBAR

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

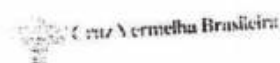
Profissional responsável pela informação: MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

V. 2018 07 28 10:37:52



20/7/2018

172.16.0.6:8080/cvbi/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410686&data:inicial=28/07/2018%2010:37:58&data:final=28/07/2018%2010:37:58

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAIBAImpresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 28/07/2018 10:38:10

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

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 28/07/2018 10:37:58)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

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

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

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

Número Conselho: 6018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
28/07/2018 10:38:10PREVIDENCIA SIA
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
G. JOAO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695>

Número do documento: 20120111294199100000035599695

27/07/2018

172.16.31.11 E.V. do sistema:rendimento.co?3perform=imprimir&control=2&id=4103666&datainicial=27/07/2018 11:05:10:13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO ESTADO DO
PARANÁAV. CRISTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
Cidade: 2458276 - Tel: 3332165700Impresso por: MAURO DE FREITAS GUERRA
FREITAS GUERRA, MAURO DE
Data: 27/07/2018 10:07

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1096333	Data/Hora Entrada 23/07/2018 03:06:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 43	Sexo Masculino	Prontuário 110050
Tempo de Internação	Convênio SUS		Pronto-Socorro DIURNC

EVOLUÇÃO MÉDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 27/07/2018 10:09:40)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

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

AO EXAME: GLASGOW 15/15/15 PARAPARESIA CRURAL ASIA-D, AFEBRIL, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

CD: AGUARDAR IMPLANTACÃO DE COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.

Seção: ÁREA LARANJEIRA - 1003 - LEITO EXTRA 03

Profissional responsável: Dr. Mauro Guerra Terra

Número Conselho: 1008

Dr. Mauro Guerra
Net: 3332165700
CRM: 0010



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

26/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=2018/07/26 09:05:14



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454551 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: THAISE
AGRA TEIXEIRA
Em: 26/07/2018 09:06:09

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

EVOLUÇÃO MEDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 26/07/2018 09:05:14)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

.CR

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

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05
Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA

Número Conselho: 5247



&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=26/07/2018%2009:05:14&dataFinal=26/07/2018%2009:06:09



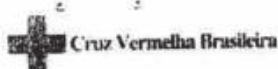
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695>

Número do documento: 20120111294199100000035599695

25/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=25/07/2018 12:47:53&dataFin...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaImpresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 25/07/2018 12:48:04AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

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

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 25/07/2018 12:47:53)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

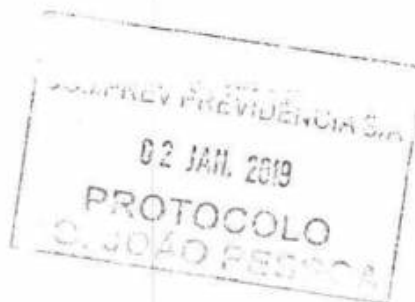
TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

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

Número Conselho: 6018



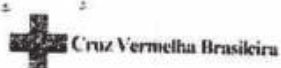
http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410666&dataInicial=25/07/2018%2012:47:53&dataFinal=25... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MAURO DE
FREITAS GUERRA TERRA
Em: 24/07/2018 11:37:19

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

EVOLUÇÃO MEDICA (MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA - 24/07/2018 11:37:08)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NCR

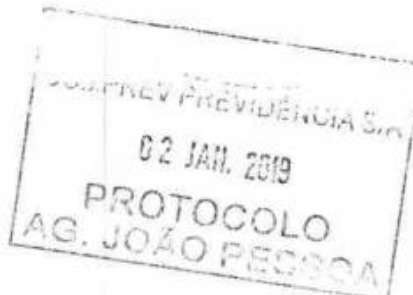
TRM-ACIDENTE MOTOCICLISTICO(PARAPARESIA CRURAL COM TC DA COLUNA DORSAL E LOMBAR N.D.N.)

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

CD:AGUARDA RNM DA COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR

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

Número Conselho: 6018





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831452029

Paciente: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data Nasc: 25/08/1971 - 46 anos

Data Exame: 23/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Discreto hematoma subgaleal frontal a esquerda.
Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Calota craniana sem alterações.
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 23/07/2018 09:22.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831452029

Data Nasc: 25/08/1971 - 46 anos

Paciente: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

Data Exame: 23/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

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

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

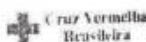
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 23/07/2018 09:25.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA NADOR H

Data: 12/08/18 08:57

Usuário: TOMAS CATAO

Bolém 1096123



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Profissional	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/08/1971	46a 11m 18d	MASCULINO	1096323	110050	12/08/2018 08:57:29
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
	POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA	12/08/2018 17:00:00 - 13/08/2018 17:00:00				
Convênio	Matrícula	Senha				
SUB						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 OETA	0.8			ORAL			24
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	28 08 11
3 DIFERONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		60H	23 05 11
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA 4MG/5ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		60H	21 05 13
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	11
7 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	23 11
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 HGT BPHB	0.0						
9 AFERR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Tomaz Fátima Monte Raso
12 de Agosto de 2018
Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



Data: 10/08/18 07:22
Usuário: GUSTAVO
Boleim: 1096323


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 18d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 10/08/2018 07:22:34
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA		Validade da Prescrição 10/08/2018 17:00:00 - 11/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	2000.0	ML		E.V.		24H	2x 2.8.18
3 DIPYRIDA 500 MG/ML (AMPOLA 1ML)	2.0	ML		E.V.		6SH	2x 2.8.18
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		8SH	2x 2.8.18
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	12x
6 ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	12x
7 RANITIDINA	2.0	ML		E.V.		12/12H	2x 11
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
8 INOT B/H/S	0.0						2x 11
9 AFERIR PA E FC	0.0						2x 11

10 de Agosto de 2018

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
CRM: 7650

Dr. Suelio Moreira Torres
Assinatura
Carimbo (OBRIGATORIO)

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 14/08/18 09:29

Usuário: FERNANDO

Boleim 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46a 11m 20d	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prioritário	110050	Data Prescrição	14/08/2018 08:29:33
Motivo de Atendimento	Enfermaria / Leito												
Convênio	POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA												
SUS	Validade da Prescrição 14/08/2018 17:00:00 - 15/08/2018 17:00:00												
Matrícula								Senha					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		8/8H	
4 ORIASNETRONA 400/2ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		8/8H	
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	
7 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		12/12H	
8 HOT 8/8HS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL
CRM: 8267

Dr. Fernando R. Gondim C. de Vasconcelos

NEUROCIRURGO

CRM - PB 9267

Assinatura do Profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

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

Boletim	1096323
---------	---------

10



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA		Data de 25/08/1971	Idade 48a 11m 20d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Fronteirão 110050	Data Prescrição 14/08/2018 08:29:33	
Motivo da Atendimento		Enfermeia / Leito POSTO IA - ENF 3 / 0001 - NEUROCIRURGIA			Validade da Prescrição 14/08/2018 17:00:00 - 15/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS		Metrôica			Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apreçamento
1 DIETA	0,0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		ORAL			
3 DIFRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		24H	
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		6/6H	
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML					
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		EV		6/6H	
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40,0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOXAPARMA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40,0	MG		S.C.		1X AO DIA	
7 RANTIDONA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML					
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		12/12H	
8 HGT B7/HS	0,0						
9 AFERIR PA E FC	0,0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0,0						

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL
CRM: 8267

Dr. Fernando R. González C. de Visceraldo
NEUROQUIRURGO

14 de Agosto de 2018

Assinatura/Signature of Professional

02 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. JOAO PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/01

Rudo B

Nome	ALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de Nascimento	25/08/1971	Idade	46a 11m 15d	Sexo	M	Nº	1098323	Nº Profissional	110050	Data Prescrição	08/08/2018 17:02:09
Endereço		Enfermagem / Leito	AREA LARANJA - UDC B / LEITO 13		Tubo			Data de Prescrição		08/08/2018 17:00:00 - 10/08/2018 17:00:00			
Matrícula													

* Admitido na enfermaria às 18:06h

Nome do medicamento	Posologia	Indicação de Uso	Inf.	Pos	Apreçamento
1. DIETA	0.0				
2. SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	0.0				
3. DIPYRONA 100 MG/ML (AMPOLA 2ML)	0.0			24H	X
Dissol em: ÁGUA DESTILADA	0.0			08H	X
4. ONDANSETRONA	0.0			08H	X
Dissol em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	0.0			1X AO DIA	OS
5. CEFOTIAZOL 400MG INJETÁVEL COM VALERIL	0.0			1X AO DIA	X
6. ENOXAPARINA 500CA 40 MG/0.4ML SERINGA PRECONCERIDA	0.0			12/12H	X
7. RANITIDINA	0.0				
Dissol em: ÁGUA DESTILADA	0.0				
8. DROTINOL	0.0				
9. AVEIA PAU DE	0.0				

THAISE AGRA TEIXEIRA
CRM: 5247

Wendel Carlos G. Andrade
COREN-PA-04111-ENF

Assinatura e Carimbo do Profissional



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 23/07/18 13:32
 Usuário: LEONARDO
 Boleim: 1096323


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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Valoc. Inf.	Pos	Apresentação
1 DIETA	0.0			ORAL			ATUALIZADO
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.	29600	3-5ml	4-5ml
3 DIFENOXIA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.			17 23 05/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM SOLVENTE	40.0	MG		E.V.			17 24 09/18
6 CETOPIROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100.0	MG		E.V.			17 09/18
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
8 SSVV + CCGG	0.0						17 09/18
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						
10 FISIOTERAPIA MOTORA	0.0						

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
 CRM: 8028

Assinatura e Carimbo do Profissional
 23 de Julho de 2018





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA S.E. DOR H

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


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
VALDIR FERNANDES DE SOUZA	25/06/1971	46a 10m 28d	MASCULINO	1096323		23/07/2018 10:49:32
Motivo do Atendimento	Enfermeira / Leito		Validade da Prescrição		23/07/2018 10:49:00 - 24/07/2018 10:49:00	
Convênio	Matrícula		Série			
SUS						

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

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

Ana Virginia L. da Costa
Assinatura e Carimbo do Profissional

23 de Julho de 2018



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE JORDÃO

Data: 08/08/18 10:08
Usuário: MAURO DE
Boleim 1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERREIRAS DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 14d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 08/08/2018 10:08:00
Motivo do atendimento	Infarmaco / Loto		Validade da Prescrição			
Convênio SUS	ÁREA LARANJA - UDC B / 11 EITO EXTRA 1-5		08/08/2018 17:00:00 - 09/08/2018 17:00:00			
Matrícula			Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação	Uso	Via de	Veloc. Int.	Freq.	Aproximado
1 DIET.	0.0				ORAL			01
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FEO 5.10 (FRASCO)	2000.0	ML			EV.		24H	16 25 32 46
3 DIPEF 3 JA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			EV.		06H	14 23 05 41
4 GMD-4-SETRONA	4.0	ML			EV.		08H	14 01 05
5 CINDI-PAZOL 40MG INJETAVEL COM DELTA-1-IV	40.0	MG			EV.		X AO DIA	05
6 FANTO 2 FARINA BODICA 40 MG/0.4ML BEM-VE A PRECINGIDA	40.0	MG			S.C.		X AO DIA	14
7 NANHURINA	2.0	ML			EV.		12/12H	14 05
8 DEDU-VALTASONA 400 COMPRIMIDO	4.0	MG			ORAL		08H	14 01 05
9 DEDU-VALTASONA 400 COMPRIMIDO VO 8 HORAS	4.0	MG			ORAL		08H	14 01 05
10 DEDU-VALTASONA 400 COMPRIMIDO	4.0	MG			ORAL		08H	14 01 05
11 DEDU-VALTASONA 400 COMPRIMIDO	4.0	MG			ORAL		08H	14 01 05

MAURO FERREIRAS LUIZ DA TERRA
CRM 6818

Priscilla Petrólio da Anjo
COREN 18.612.455-ENF

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SERRA DO H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 07/08/2018 18:20
 Usuário: MAURO DE
 Boleim: 1096323


Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA
 Data de: 25/08/1971
 Idade: 46a 11m 13d
 Sexo: MASCULINO
 Nº: 1096323
 Nº Prontuário: 110050
 Data Prescrição: 07/08/2018 18:20:44
 Enfermaria / Leito: AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05
 Idade da Prescrição: 07/08/2018 17:00:00 - 09/08/2018 17:00:00
 Convenio: SUS
 Matricula:
 Senha:
 B

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc.	Fl.	Pos	Apresentação
1 DIETA	3,0			ORAL				ATENÇÃO
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	300,0	ML						24H 4500
3 DIFIRONA 100 MG/ML (AMPOLA 2ML)	3,0	ML						
Diluir em: AGUA DESTILADA	100,0	ML		EV.			8/SH	23 08 11
4 ONDANSETRONA	1,5	ML						
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		EV.			8/SH	04 09
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40,0	ML		EV.			1X AO DIA	05
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40,0	ML		SC.			1X AO DIA	21
7 HOT 3000	3,0							
8 AFERR PA E PG	3,0							

07 de Agosto de 2018

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
 CRM: 6018

TERMINADO
 25/08/2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 06/08/2018 14:02

Aut: 1006323

1006323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46.4	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prontuário	110050	Local	Unidade	16.0	Unidade	16.0
Motivo do Atendimento	Enfermidade / Lesão		AREA LARVA - UIC 1		LEITO 1		TRA 05		Validade da Prescrição		06/08/2018 17:00:00 - 07/08/2018 17:00:00		Senha			
Convênio	SUS															

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poe	Apresentação
1 DIETA	0.0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000	ML		ORAL			0.0
3 DIPIRONA 500 MG/ML (USF 31 A 2 VL)	7.5	ML		E.V.		24H	0.0
3 Diluir em AGUA DEITADA	10.0	ML		E.V.		6BH	0.0
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6BH	0.0
4 Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 11.10 ML)	100.0	ML		E.V.		6BH	0.0
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL C/3M DILUENTE	10.0	MG		E.V.		1X AO DIA	0.0
6 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4 ML SERINGA PREENCHIDA	10.0	MG		S.C.		1X AO DIA	0.0
7 NGT BHS	0.0						0.0
8 AFERIR PA E FC	0.0						0.0

9 de Agosto de 2018

MALIRO DE FREITAS GUEDES JUNIOR
CRM: 60116

Prescrição
CORREÇÃO

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROVIDENCIA
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
S. J. D. P. P. P.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 05/08/18 16:43
Usuário: RICARDO
Boleim 1096323

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 11d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 05/08/2018 16:43:12
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito	ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05	Validade da Prescrição 06/08/2018 17:00:00 - 07/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Metricula	Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Fos	Aprezamento
1 DIETA	0.0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		ORAL			primeira
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação se dor	E.V.		24H	10 12 30 42
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	S/N
Diluir em: ÁGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		6/6H	23 05 12
5 ONDANSETRONA	4.0	ML				6/6H	23 05 12
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		6/6H	23 05 12
6 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM SOLVENTE	40.0	MG				6/6H	23 05 12
7 ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	0977C
8 BSVV + CCGG	0.0			S.C.		1X AO DIA	23
9 HOT 8/HS	0.0						AT
10 APERUR PA E FC	0.0						23 05 12

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
CRM: 6628

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
CRM: 6628

Dewter 1200 ml 0.5

05 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 04/08/18 11:58

Usuário: ERICKSON

Bolém: 1086323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: VALERIO FERNANDES DE SOUZA	Data de Nascimento: 25/08/1971	Idade: 46a 11m 10d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1086323	Nº Prontuário: 1100140	Data Prescrição: 04/08/2018 16:58:00
Motivo da Prescrição: Entenhamo / Lipo	ÁREA LARANJA - UDC H / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição: 04/08/2018 17:00:00 - 06/08/2018 17:00:00			
Comunidade: FOLUS	Medicamento		Bem			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aproximado
1. VITAC	500	ML		ORAL			
2. APPLICADO DE LINGUA LACTATO DE LEMMA	1000.0	ML		EV			
3. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
4. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
5. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
6. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
7. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
8. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
9. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			
10. LINGUA LACTATO DE LEMMA (AMPOLA 1000.0)	1000.0	ML		EV			

ELABORADO POR: BONDACIO DE ALMEIDA
CONE: 6006

Firmado
51027

Assinatura e Carimbo do Profissional

SECRETARIA DE PREVIDENCIA S.A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
150 PESQUISA



Data: 03/08/18 11:12

Usuário: JOSE LAVOISIER

Boleim 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 45a 11m 9d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 03/08/2018 11:12:50
Motivo do Aandimento	Enfermeira / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 03/08/2018 17:00:00 - 04/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Sentia			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	5.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 ESPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/H	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6/H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	40.0	MG		S.C.		1X AO DIA	
7 SSVV + CCGG	0.0						
8 HGT 8/HIS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

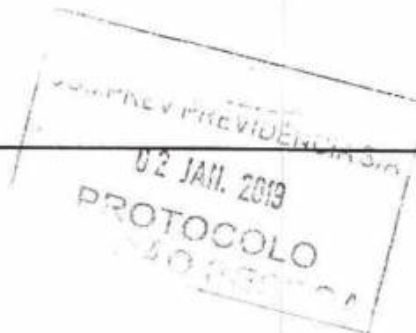
03 de Agosto de 2018

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
CRM: 7030

Priscilla Pontes do Anjo
COREN PB 812 AOS ENF

Dr. Lavoisier Feitoso Neto
Neurologista Endovascular
Neurocirurgia CRM-PB 7030

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 02/08/18 10:00

Usuário: THAISE AGRA

Bolém 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 8d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 02/08/2018 10:00:42
Motivo do Atendimento TRM	Enfermagem / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 02/08/2018 17:00:00 - 03/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
DIETA <i>Laxante</i>	100			ORAL			<i>12h</i>
COLICACAO TRIMETOPRIMATO SINTERA FENADOL 100MG	100mg	ML		E.V.		24H	<i>12 30 40</i>
LUPRISON 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
DANTRON 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
PROPRANOLOL 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
PROPRANOLOL 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
PROPRANOLOL 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
PROPRANOLOL 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
PROPRANOLOL 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>
PROPRANOLOL 100MG (100MG/20ML)	100	ML		E.V.		6/8H	<i>12 20 05 10</i>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

PROVIDENCIA SIM
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
LACAO PESSOAL



PREScrição Médica

Data: 01/08/18 10:26
 Usuário: JOSE LAVOISIER
 Boleim: 1096323


Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 7d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 01/08/2018 10:26:52
Motivo do Atendimento	Enfermeira / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 01/08/2018 17:00:00 - 02/08/2018 17:00:00			
Convênio EUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Frequ. Int.	Pos	Aproximado
1. DIETA							ATENÇÃO
2. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
3. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
4. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
5. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
6. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
7. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
8. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
9. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia
10. DIETA DE RIM (DIETA LACTATO RISTIMA) (DIETA DE RIM)	2000.0	ML					3x ao dia

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695
 Número do documento: 20120111294199100000035599695

IMPREV. PREVIDÊNCIA S.M.
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 20120111294199100000035599695



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO

Data: 31/07/2018 09:23

Usuário: DANIEL

Registro: 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 6d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Profissional 110050	Data Prescrição 31/07/2018 09:23:25
Endereço do Atendimento Conveniente SUS		Enfermaria / Leito ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 31/07/2018 17:00:00 - 31/08/2018 17:00:00		
Matrícula		Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazimento
1. DIETA	0.0			ORAL			01
2. SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	25 32 46
3. NIPIRONA SODIUM (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		8H	21 03 09 15
4. ONDANETRONA	4.0	ML		E.V.		8H	21 05 03
5. OMEPRAZOL 40MG INJETÁVEL COM SOLVENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
6. RSVV + CIGOS	0.0						
7. BIST. MIDIS	0.0						
8. APRENDIZADO	0.0						

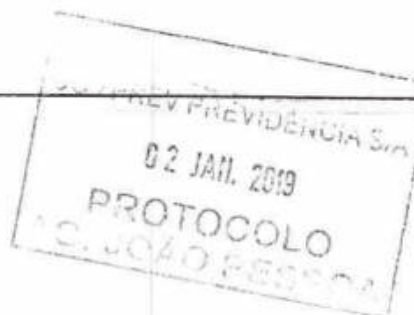
31 de julho de 2018

ANEXO TÉCNICO Nº 001/2018

Daniel Bonconi
CRM 7423

Priscila Palácio de Amorim
COREN PB 91247

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 30/07/18 16:04
 Unidade: MAIRO DE
 Índice: 1096323

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA
 Motivo do Atendimento: Data do: 25/08/1971 Idade: 46a 11m 5s Sexo: MASCULINO Nº: 1096323 Nº Prontuário: 110050 Data Prescrição: 30/07/2018 16:04:31
 Endereço: Rua LARANJA - UDC B / LENTO EXTRA 05 Validade da Prescrição: 31/07/2018 17:00:00 - 01/08/2018 17:00:00
 SUS: Matrícula: Senha:

Nº do medicamento	Dose	C.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1. DIETA	8.0			ORAL			
2. SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FINARCO	2000.0	ML		E.V.		24h	
3. GIBRONA 500 MG/ML (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		E.V.		8/8h	
4. DILUIÇÃO: "ACQUA DESTILADA"	10.0	ML		E.V.		8/8h	
5. ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		8/8h	
6. DILUIÇÃO: "SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)"	100.0	ML		E.V.		8/8h	
7. OMEPRAZOL 40MG BULBULAVIS COM DILUIÇÃO	40.0	ML		E.V.		8/8h	
8. SBBV + CECOS	0.0			E.V.		IX ADIVA	
9. (HGT) BOMIS	0.0						
10. LAURELA PALEO	0.0						

PRINCÍPIO DE FORTES GUERIN GUERIN

Nota: Lido do 2018

Priscilla Rômulo de Araújo
 COREN AB 512 405 ENF

Assinatura e Lendo do Profissional

PREVIDÊNCIA S. S. S.
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 NÃO RECORRER



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	Q.D.			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	17 02 39
3 HIPERONATOMOL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	17 05 11
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		8/8H	17 01 09
5 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.			
6 GEFEPIDAZOL 400MG INJETÁVEL COM SOLVENTE	40.0	ML		E.V.		1X AO DIA	17 05 11
7 INJEÇÃO DE GEL	0.0						17 05 11
8 INJEÇÃO DE GEL	0.0						17 05 11
9 INJEÇÃO DE GEL	0.0						17 05 11

29 de Julho de 2018

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM-PB 484.130

Assinatura - Carimbo do Profissional

Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM-PB 484.130

SUPREVISÃO PREVIDÊNCIA S.A.
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 17 05 11



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMATOLÓGICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 28/07/2018 10:40
 Usuário: MAURO DE
 Bolém: 1096323

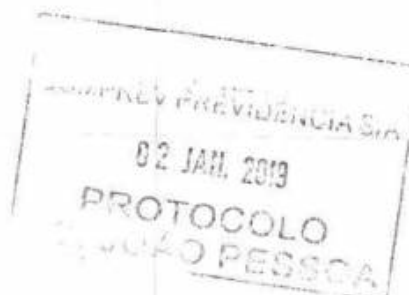
Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 3d	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 28/07/2018 10:40:07
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição 28/07/2018 17:00:00 - 29/07/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0.0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		ORAL			
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		24H	12:00:34
Diluir em: ÁGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		56H	12:03:05
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		56H	12:01:09
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETÁVEL COM DISSOLVENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 SSVV + CPGG	0.0						
7 DIET MIBB	0.0						
8 AFERIR PA E FC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUEBIA TEIXEIRA
 CRM 6016

Rita de Cássia A. da Silva
 Enfermeira
 COREN-RS 484.130

Assinatura e Carimbo do Profissional



Date: 27/07/18 10:17

Usuário: MAURO DE

Bolam	1096323
-------	---------



PRESCRIÇÃO MÉDICA

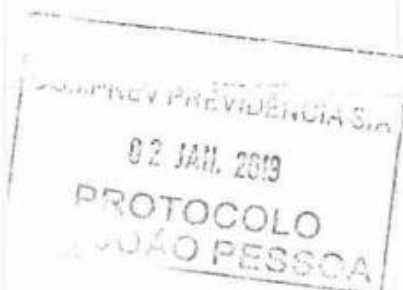
Name	Date Recd	Status	Serv	Age	AP Photo Date	Date Photographed
YOUNG, JAMES EARL JR	24/MR/1971	AGE 14m 3y	MARSHALL ISLANDS	1066325	110045	27/07/2010 10:17:45
YOUNG, JAMES EARL JR	24/MR/1971	AGE 14m 3y	MARSHALL ISLANDS	1066325	110045	27/07/2010 10:17:45

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veic. Inf.	Pos	Apreçamento
1 DIETA	2.0			ORAL			10/11/12/13/14/15
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	15/16/17/18/19/20
3 GIPRONA 300 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		60H	21/22/23/24/25/26
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 GONDANGETRONA	4.0	ML		E.V.		60H	27/28/29/30/31
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 C/BEPTATOL 400MG, 30MLT AVE: 1/2ME DIULENTE	20.0	MG		E.V.		1x A O DIA	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
6 CCVV + CCGG	0.0						
7 HGT 818HS	0.0						
8 GLUKOPAR EFC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM 2010

~~18~~ Dimpinged: 1500 ml de diuretic
 1/2 doz: 62 ml de diuretic

Dr Mauro Guerra
Núcleo de Economia



Data: 26/07/18 0

Usuário: THAISE AGRA

Bolém: 1096323

1096323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/06/1971	Idade	46a 11m 1d	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prontuário	110050	Data Prescrição	26/07/2018 09:04:34
Motivo do Atendimento	Enfermeira / Leito		AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição		26/07/2018 17:00:00 - 27/07/2018 17:00:00						
Convênio	SUS	Matrícula			Senha								

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIFRONA 500 MG/ML (AMPOLA 1ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	
Diluir em AGUA DESELEADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 SSVV + CCGG	0.0						
8 HGT 8/HS	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

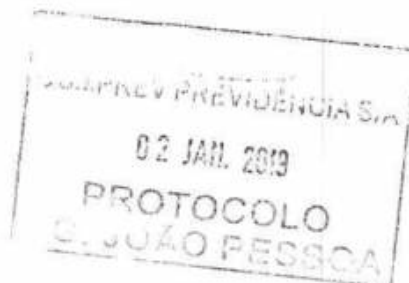
26 de Julho de 2018

THAISE AGRA TEIXEIRA

CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional

Diurase 100 ml
(durazão)



Data: 25/07/18 12:48

Usuário: MAURO DE

Boleim 1096323



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m	Sexo MASCULINO	Nº 1096323	Nº Prontuário 110060	Data Prescrição 25/07/2018 12:48:48
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05			Validade da Prescrição 25/07/2018 17:00:00 - 26/07/2018 17:00:00		
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Fos	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 CIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		6SH	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ONDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		6SH	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 SSVV + CCGS	0.0						
8 HOT 88HS	0.0						
9 AFERR PA E FC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

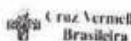
25 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Priscilla Patrício de Araújo
COREN 12 405 ET

PREVIDENCIA S/A
02 JUL 2018
PROTOCOLO
CG. JOÃO PESS





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMATOLOGIA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

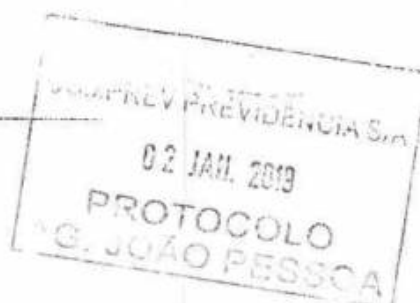
Nome	VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de	25/08/1971	Idade	46a 10m 29d	Sexo	MASCULINO	Nº	1096323	Nº Prontuário	110050	Data Prescrição	24/07/2018 11:39:04
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		AREA LARANJA - UDC B / LEITO EXTRA 05		Validade da Prescrição		24/07/2018 17:00:00 - 25/07/2018 17:00:00						
Convênio	SUS	Matrícula			Senha								

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		E.V.		24H	
3 DIFERON 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		66H	
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 ORDANSETRONA	4.0	ML		E.V.		66H	
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
7 BSVV + CCGG	0.0						
8 HGT BHB	0.0						
9 AFERIR PA E FC	0.0						

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6016

0.000000 50 ml 05

Assinatura e Carimbo do Profissional





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VALDIR FERNANDES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	25/08/71
NOME DA MÃE	ESTELITA ADELAIDE DE MATOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.050
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.102.789
DATA DO ATENDIMENTO	21/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	PNEUMONIA BACTERIANA
CID 10	J15.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente de Pedro Regis, com relato de que esteve internado nesse Hospital (internado em 23/07/18 e alta em 14/08/18), por acidente de motocicleta, com evolução tardia com monoparesia crural. Retorna com confusão mental, e que apresentou quadro de desorientação. Pupilas isocóricas e fotorragentes. Glasgow 15. Abdomen sem queixas, conciente e orientado. Evoluiu com quadro de pneumonia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

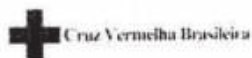
Tratamento clínico.

ALTA HOSPITALAR:	28/08/18
DATA DA EMISSÃO:	22/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1102789



Identificação do paciente

D 1309118	Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/09/1971	Idade 46 anos 11 meses 27 dias	Estado civil	Religião
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS	Pai JOAO FERNANDES DE SOUZA		Prontuário 110050
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DA GUIA DA SILVA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991260182	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento: 1652196	Nº Cns 702800677574464	
Local de procedência PEDRO REGIO		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JACARAU	CBO/R	

Endereço

CEP 55273000	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro CUITER
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 21/08/2018 00:06:44	Número da pulseira 1000006100536	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
AMBULANCIA			

Sinais Vitais

PA X mmHg Pulso Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Dados clínicos

Paciente trazido de outra Instituição com quadro de desorientação, em uso O₂ ambiente, SVD, desorientado. — 4 — 20

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Tempo
26sec

Imprimur

GOARNEY PREVIDÊNCIA S.A.

02 JAN. 2019

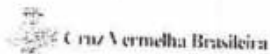
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

21.08/2018 0008



21/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=367501&pesquisa=S&re

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR FERNANDES DE SOUZA	BAE 1102789	Data/Hora Entrada 21/08/2018 00:06:44	Data Baixa
Data de nascimento 25/08/1971	Idade 46a 11m 27d	Sexo Masculino	CNS 702800677574464
Mãe ESTELITA ADELAIDE DE MATOS			Telefone de Contato (83) 991260182
Endereço CUITER, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	Prontuário 110050
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 00:06:44		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 01:24:39	

Anamnese

NCR

ACIDENTE COM RELATO DE TER DADO ENTRADA NESTE HOSPITAL DIA 23/07 DEVIDO A ACIDENTE MOTOCICLISTICO E EVOLUÇÃO TARDIA COM MONOPARESIA CRURAL QUE SE RESOLVEU PARCIALMENTE. RECEBEU ALTA DIA 14/08. HOJE RETORNA COM RELATO DE HÁ 6 HORAS TER APRESENTADO CONFUSÃO MENTAL E DESORIENTAÇÃO.

AO EXAME

AO=4 RV=3 RM=5

PUPILAS ISOCORICA E FOTORREATIVAS

MOBILIZA OS 4 MEMBROS

TC DE CRANIO - ARTEFATOS DE MOVIMENTO - NÃO IDENTIFICO ALTERAÇÕES

HD. CONFUSAO MENTAL A ESCLARECER

CD.

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS.

REAVALIAÇÃO CLINICA MEDICA QUANDO EXAMES PRONTOS

ACOMPANHAMENTO NCR - AVALIAR NOVA TCC EM 12 HORAS

Daniel Ronconi
Neurologista
RM 21.111

EXAME LABORATORIAL

MOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

UREIA - SORO

POTASSIO

SODIO - SORO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

MAGNESIO

BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES

GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GAMA - GT)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

LACTATO

Conduta

Em observação

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

GOVERNO DA PARAÍBA
02 JUL 2018
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

Num. 37307233 - Pág. 77

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEARA TOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 47a 2d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 27/08/2018 11:59:22
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / 0004		Validade da Prescrição 27/08/2018 17:00:00 - 28/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	
3 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H	
Outra em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4 RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	
5 OPIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	
6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	
7 HEPARINA SÓDICA 5.000U/0,25ML (AMPOLA 2,25 A 3,35ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		S.C.		12/12H	
8 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,0						
9 HGT 6/6HS	0,0						
10 AFERIR PA E FC	0,0						
11 III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: ÁGUA FILTRADA 100ML VO 6/6H				
12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						

27 de Agosto de 2018

KATIA XAVIER DUARTE SARDENBERG
 CRM: 6548

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROVIDENCIA S.O.
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 C. JOÃO PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 47a 1d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 26/08/2018 17:05:07
Motivo do Acolhimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
	AREA LARANJA - UDC B / 0004		27/08/2018 17:00:00 - 29/08/2018 17:00:00			
Convenio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			2 ^a
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V		24H	2 ^a
3 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V		8/8H	2 ^a
Diluram SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					2 ^a
4 CEFEPIMA 1G (FRASCO/AMPOLA)	1000,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML SF0,9%	E.V.		8/8H	2 ^a
5 RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	2 ^a
6 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		6/6H	2 ^a
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V		ACM	2 ^a
8 HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		S.C.		12/12H	2 ^a
9 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,0						2 ^a
10 HGT 8/8H	0,0						2 ^a
11 AFERR PA E FC	0,0						2 ^a
12 BI - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: AGUA FILTRADA 100ML VO 6/6H				2 ^a
13 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						2 ^a

26 de Agosto de 2018

JOELMA PEDRO DA SILVA
CRM: 10222

Assinatura e Carimbo do Profissional

PREVIDÊNCIA S.M.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 47a	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 25/08/2018 09:58:48
Motivo do Atendimento	Enfermeia / Leito		Validade da Prescrição			
	AREA LARANJA - UDC B / 0004		25/08/2018 17:00:00 - 25/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.	3300	24H	3300
3 CLINDAMICINA 300MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H	
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4 CEFEPIMA 1G (FRASCO/AMPOLA)	1000,0	MG	Observação: DILUIR EM 100ML SF0,9%	E.V.		8/8H	
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	
6 DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.		8/8H	
7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL	30,0	ML	Observação: SE HGT70	E.V.		ACM	
8 HEPARINA SÓDICA 5.000U/0,21ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO	0,2	ML		(S.C)		12/12H	
9 INSULINA REGULAR CONFORME HGT	0,2						
10 HGT 8/8H	0,0		500 1200-1000 1000-900 1000-800				
11 AFERR FA E PC	0,0						
12 B - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: AGUA FILTRADA 100ML VO 8/8H				
13 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0						

25 de Agosto de 2018

CIBELLE AMORM RICARTE DE OLIVEIRA
CRM: 8036

Cibelle Amorm Ricarte
Médica - Cruz Vermelha
CRM: 8036

Assinatura e Carimbo do Profissional





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 30d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 24/08/2018 14:01:52
Motivo de Atendimento	Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UOC B / 0004		Validade da Prescrição 24/08/2018 17:00:00 - 25/08/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1900.0	ML		EV		24H	
3 CEFTRIAXONA 1G INTRAMUSCULAR	1.0	G		EV.		12/12H	
4 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4.0	ML		EV		6BH	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV.		1X AO DIA	
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		EV.		6BH	

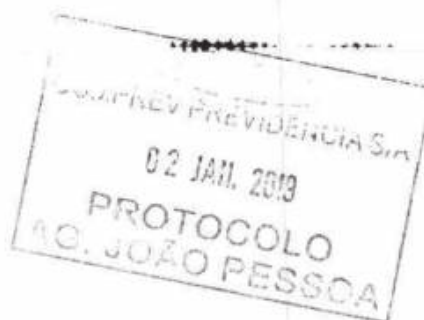
24 de Agosto de 2018

JOSE CORREIA DE SOUZA
CRM: 6620

Luciana Alves Costa
COREN-PE 6620-186

Dr. José Corrêa Souza
Médico Infectologia
CRM-PE 6620-186

Assinatura e Carimbo do Profissional



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			24h
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.			24h
3 CEFTRIAXONA 1G INTRAMUSCULAR	1,0	G		E.V.			12/12h
4 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.			8/8h
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
5 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			1X AO DIA

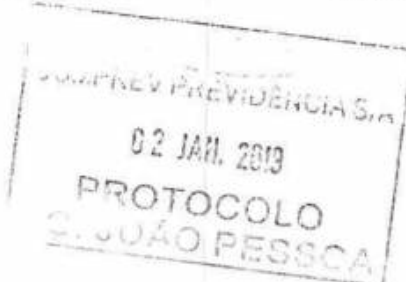
23 de Agosto de 2018

JOELMA PEDRO DA SILVA
CRM: 10222

Assinatura e Carimbo do Profissional

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Data: 22/08/18 18:36
 Usuário: JOELMA PEDRO
 Boleim: 1102789


PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA HIPOSSODICA	0,0		Observação ASSISTIDA	ORAL			ATENÇÃO
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.	300	24H	3:50
3 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	
4 CEFTRIAXONA 1000MG IV	1000,0	MG	Observação DO início 21/08/18	E.V.		12/12H	
5 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4,0	ML	Observação DO início 21/08/18	E.V.		6/6H	
6 DIFENHIDRAMINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação da dor ou febre	E.V.		6/6H	
7 BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação de náuseas ou vômitos	E.V.		6/6H	
8 1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação Mudança de decúbito de 2/2h				

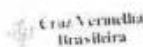
22 de Agosto de 2018

FELIPE MENEZES DE ALMEIDA
 CRM: 9065

Assinatura e Carimbo do Profissional

06h SVD = 400-dep





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE JOÃO PESSOA

Data: 21/08/2018 14:13
Usuário: FELLIPE
Boleim: 1102789

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1. CLORETO DE SÓDIO 20% (AMPOLA 10mL) - ALTO RISCO	100.0	ML	Observação: 900 ml de SF 0.9%, BIC. 42 ml/h	E.V.		CONTINUA	21 de Agosto de 2018

FELLIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9085

João Batista Viana
Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome VALDIR FERNANDES DE SOUZA	Data de 25/08/1971	Idade 46a 11m 27d	Sexo MASCULINO	Nº 1102789	Nº Prontuário 110050	Data Prescrição 21/08/2018 07:47:45
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 21/08/2018 07:47:00 - 22/08/2018 07:47:00			
Convênio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
1 DIETA HIPOSSODICA	0.0		Observação: ASSISTIDA	ORAL			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500.0	ML		E.V.		24h	
3 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		12/12h	
4 CEFTRIAXONA 1000MG IV	1000.0	MG	Observação: DO início 21/08/18	E.V.		12/12h	
5 CLINDAMICINA 600MG (AMPOLA 4ML)	4.0	ML	Observação: DO início 21/08/18	E.V.		6/6h	
6 DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação: se dor ou febre	E.V.		6/6h	
7 BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação: se náuseas ou vômitos	E.V.		6/6h	
8 1. ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0.0		Observação: Mudança de decúbito de 2/2h				

21 de Agosto de 2018

FELLIPE MENEZES DE ALMEIDA
CRM: 9085

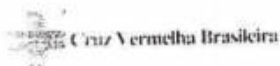
Assinatura e Carimbo do Profissional

Suelio 1300



27/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=417105&dataInicial=27/08/2018 11:54:52

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: KATIA
XAVIER DUARTE
SARDENBERG
Em: 27/08/2018 11:55:43

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

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

PROCEDIMENTO:

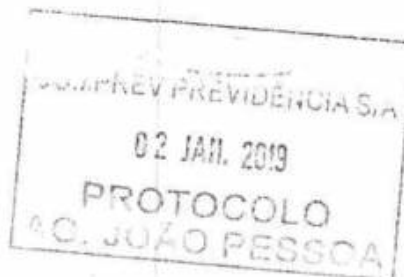
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RNC SECUNDARIO A PNEUMONIA
ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO - TEVE ALTA DO HETSHL EM 14/08PACIENTE VIGIL, SEM INERCORRENCIAS, APRESENTANDO GLASGOW 13
ACV: RCR 2T BCNF SEM SOPROS
AR: MV+ EM AHT SEM RA
ABD: FLACIDO, DOLORIDO EM BV, SWEM BEXIGOMACD: AGUARDA HEMOCULTURA
SOLICITO LABORATÓRIO P/ PROGAMAR ALTA HOSPITALARSeção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004
Profissional responsável pela Informação: KATIA XAVIER DUARTE SARDENBERG

Katia X. Duarte Sardenberg

CRM: 10.130.000-0

Número Conselho: 6548

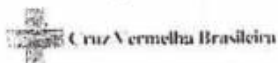


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695>

Número do documento: 20120111294199100000035599695

Num. 37307233 - Pág. 86



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

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

EVOLUÇÃO MEDICA (JOELMA PEDRO DA SILVA - 26/08/2018 17:05:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RNC SECUNDARIO A PNEUMONIA

ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO - TEVE ALTA DO HETSHL EM 14/08

PACIENTE VIGIL, SEM INERCORRENCIAS, APRESENTANDO GLASGOW 13

ACV: RCR 2T BCNF SEM SOPROS

AR: MV+ EM AHT SEM RA

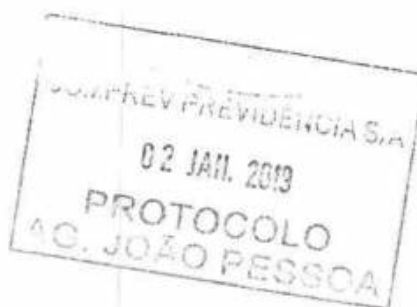
ABD: FLACIDO, INDOLOR

CD: AGUARDA HEMOCULTURA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

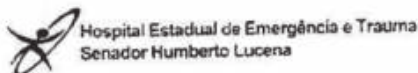
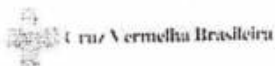
Profissional responsável pela informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

Número Conselho: 10222



25/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=41/105&dataInicial=25/08/2018 09:55:29&dataFinal=25/08/2018 09:55:29

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: CIBELLE
AMORIM RICARTE DE
OLIVEIRA
Em: 25/08/2018 09:59:13

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

EVOLUÇÃO MEDICA (CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA - 25/08/2018 09:55:29)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RNC SECUNDARIO A PNEUMONIA
ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM JULHO - TEVE ALTA DO HETSHL EM 14/08PACIENTE VIGIL, SEM INERCORRENCIAS, APRESENTANDO GLASGOW 13
ACV: RCR 2T BCNF SEM SOPROS

AR: MV+ EM AHT SEM RA

ABD: FLACIDO, INDOLOR

EXAMES 24/08: CR=0,88 U=29 LEUCO=9100 PCR=61,9 PLAQUETAS= 388000 LACTATO=1,91 K=4,5 NA= 138

HB=13

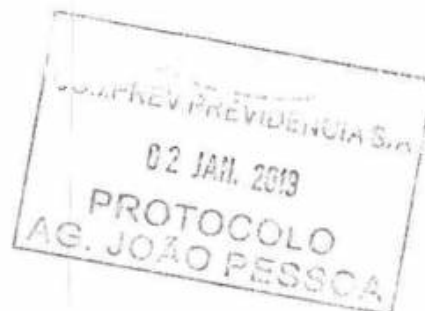
CD: AGUARDA HEMOCULTURA + VPM + TROCO CEFTRIAXONA POR CEFEPIME

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA

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

Número Conselho: 8036

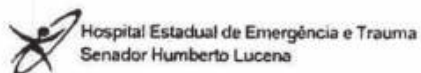
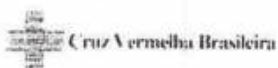


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294199100000035599695

Número do documento: 20120111294199100000035599695

Num. 37307233 - Pág. 88



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

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

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

EVOLUÇÃO MEDICA (JOELMA PEDRO DA SILVA - 23/08/2018 12:22:41)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE VIGIL, NÃO PARESENTOU INTERNCORRENCIA

CD= MANTIDA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0004
Profissional responsável pela informação: JOELMA PEDRO DA SILVA

Número Conselho: 10222

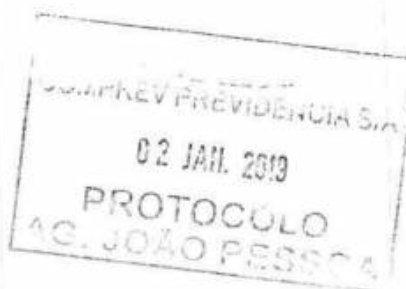


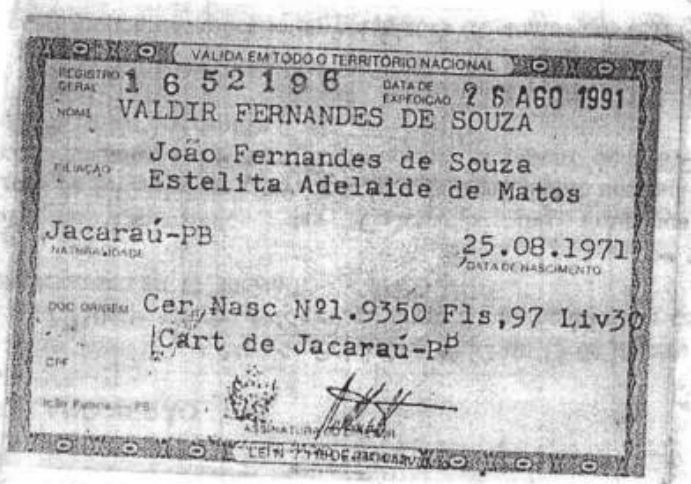
Documento de Alta

Nome: VALDIR FERNANDES DE SOUZA			Número Prontuário: 110050
Data de: 25/08/1971	Sexo: Masculino	Data de Internação: 23/07/2018 14:07:26	Data de Alta: 14/08/2018 09:40:22
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPAREZIA CRURAL ASIA-C (MAIS EVIDENTE NO MID) PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5 CD : Oriente sinais de alarme Sem sinais de espasticidade ou liberação piramidal. Alta hospitalar Acompanhamento ambulatorial. Oriente cuidados com SVD para possibilidade de retirar.			
Resumo da Internação: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPAREZIA CRURAL ASIA-C (MAIS EVIDENTE NO MID) PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5 CD : Oriente sinais de alarme Sem sinais de espasticidade ou liberação piramidal. Alta hospitalar Acompanhamento ambulatorial. Oriente cuidados com SVD para possibilidade de retirar.			
Resultado de Exames: TRM(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) COM PARAPAREZIA CRURAL ASIA-C (MAIS EVIDENTE NO MID) PACIENTE COM RELATO DE NÃO APRESENTAR DEFICITS INICIALMENTE APOS ACIDENTE E TER EVOLUIDO COM DEFICIT MAIS NOTADAMENTE E ANTALGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. AO EXAME GLASGOW 15 DEFICIT A EXTENSÃO, PROXIMALMENTE EM MEMBRO INFERIOR A DIREITA, DE CARACTERISTICAS ANTÁLGICAS RNM COLUNA DORSAL:PROTRUSÃO DISCAL C6-C7,C7-D1,D1-D2 COM ALTERAÇÃO DO SINAL MEDULAR RNM COLUNA LOMBAR:ABAUAMENTO DISCAL L1-L2,L2-L3,L3-L4,L4-L5 CD : Oriente sinais de alarme Sem sinais de espasticidade ou liberação piramidal. Alta hospitalar Acompanhamento ambulatorial. Oriente cuidados com SVD para possibilidade de retirar.			
Tratamento:			
Diagnóstico: M48.3 - Espondilopatia traumática			
Recomendações:			

Data: 14/08/2018

FERNANDO ROBERTO GONDIM
 CABRAL DE VASCONCELOS
 CRM 8267 - PB





MINISTÉRIO DA ECONOMIA
FAZENDA E PLANEJAMENTO

CIC

NO DE INSCRIÇÃO: 874096744 15

NOME COMPLETO: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

NASCIMENTO: 25.08.71

ASSINATURA: *Valdir Fernandes de Souza*

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATORIO NIS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DO DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL

COPIAR E ADRETE EMISSOR

081/1944 - 2

24/12/91

LAUDO DO ILSIL
Jardim (15)

6130100-0

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO
APROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CAC

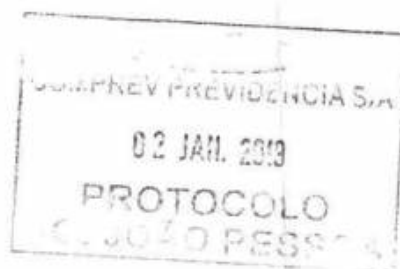
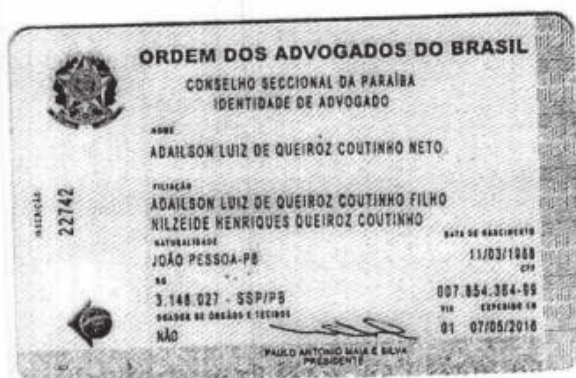
PREVIDÊNCIA Sim

02 JAN. 2019

PROTOCOLO

G. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO RÁQUI-MEDULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *DOCUMENTAÇÃO REFERE PARAPLEGIA.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: ESPONDILOPATIA TRAUMÁTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO RAQUE MEDULAR COM PARAPARESIA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE ARTRODESE CERVICAL NA REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO, MARCHA COM USO DE BENGALA COM MARCHA ESCARVANTE COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO TRATADO COM CIRURGIA EVOLUI COM HEMIPLEGIA DIREITA COM DEFICIT DE FORÇA E SENSITIVO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009040 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO RAQUE MEDULAR COM PARAPARESIA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE ARTRODESE CERVICAL NA REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO, MARCHA COM USO DE BENGALA COM MARCHA ESCARVANTE COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO TRATADO COM CIRURGIA EVOLUI COM HEMIPLEGIA DIREITA COM DEFICIT DE FORÇA E SENSITIVO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Valdir Fernandes de Souza</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>	Nº DO RG:	<u>165-219-6</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSP/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>26/08/91</u>
Nº DO CPF:	<u>874.096.744-15</u>	ENDEREÇO:	<u>Sítio Teófilo, s/nº, Rua Rural, Povoado Regis - PB, cep 58273000</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Valdir Fernandes de Souza, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pedro Régis - PB, 29 de Setembro de 2018.

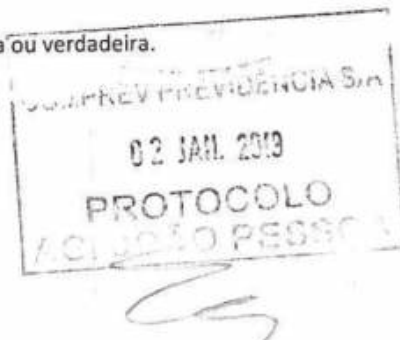
Valdir Fernandes de Souza
Outorgante

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

CARTÓRIO DO REGISTRO
CIVIL E NOTAS
Lenira Régis da Silva
Oficial

☒ Autenticidade
Reconheço e Firma Valdir Fernandes de Souza
Em testº 26/08/2018 da Verdade
Pedro Régis 26/08/2018
Assinatura Régis

Selo Digital nº AHNS2090
Consulta autenticidade em: www.tpb.jus.br
HTI TPS: htips:htipsdigital.tpb.jus.br



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001807/19

Vítima: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

CPF: 874.096.744-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2018

Titular do CPF: VALDIR FERNANDES DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

VALDIR FERNANDES DE SOUZA : 874.096.744-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08015288620198152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDIR FERNANDES DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Diante do exposto pelo i. *expert*, em seu laudo médico pericial judicial sob fls., informa a parte Ré, que não se opõe à realização de uma nova perícia médica judicial na parte Autora, por um Neurologista.

Desta forma, requer a perícia médica específica para instrução processual, sem a necessidade da realização de um novo pagamento de honorários periciais.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 11:29:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120111294263700000035599696>
Número do documento: 20120111294263700000035599696