



HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO

CNPJ / CPF: 09.112.236/0001-94

- 083 3015-6200

Av Cap. José Pessoa, 1140, Jaguaribe - João Pessoa - PB

Avaliação Audiológica

Nome: RAFAEL CAMBOINHA DE SOUZA

Dt. Nasc.: 27/12/1991 - 26 anos Sexo: Masculino

RG: CPF:

Médico Solicitante:

Convênio: SUS

Audiômetro: BETA 6000

Data: 06/12/2018

Calibr: 18/07/2018

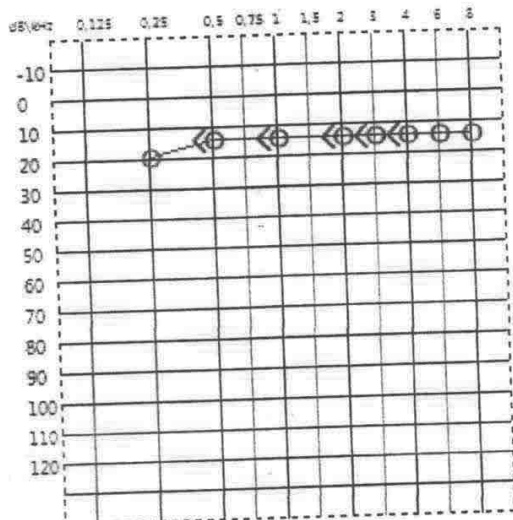
Meatoscopia

Direita:

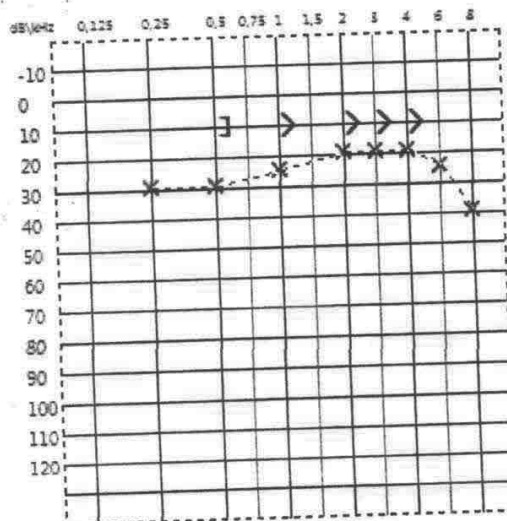
Esquerda:

Audiometria

Orelha Direita



Orelha Esquerda



Audiometria - Valores

		125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
Dir	Aérea		20	15		15		15	15	15	15	15
	Ossea			15		15		15	15	15		
Esq	Aérea		30	30		25		20	20	20	25	40
	Ossea			10		10		10	10	10		

Logaudiometria

IPRF				LDV		SRT	
		%	Intens. (dB)	Masc. (dB)	D	E	
D	Mono.				Intens.		
	Diss.				Masc.		
E	Mono.						
	Diss.						

Parecer do Fonoaudiólogo

OD: LIMIARES AUDITIVOS NORMAIS.
OE: PERDA AUDITIVA CONDUTIVA EM 250Hz, 500Hz E 8kHz.

- CRFa6570MG/PB - Viviane Hirsch Cazamajou



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:43:39, LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:41:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214433101900000019192819>

Número do documento: 19031214433101900000019192819

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA, brasileiro(a), desempregado, solteiro, portador de cédula de identidade sob nº 7287036, e inscrito no CPF sob nº 105.482.124-06, residente e domiciliado na rua Leonardo Camboim, Centro, Mãe D'água-PB, CEP 58740-000.

OUTORGADO: Luan Pereira Dantas, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 25.917 OAB/PB, com escritório profissional situado na rua Luiz Furtado de Figueiredo, nº20, Centro, Mãe D'água-PB, CEP 58740-000.

PODERES: todos os poderes para foro em geral, com clausula “*ad judicium et extra*”, em qualquer juízo, instancia ou tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defende-los nas contrarias, seguindo umas e outras até a final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para executar, receber alvará judicial e requisitório de pequeno valor (RPV), dar quitação e para o recebimento de indenização, transigir, pedir desistência da ação, firmar acordo, substabelecer outro procurador, com ou sem reserva de poderes; representa-lo perante repartições publicas Federais, Estaduais e Municipais, promovendo tudo o bastante para o fiel cumprimento deste mandato, até final decisão, ou o desaparecimento, prematuro ou não, dos poderes aos quais se presta.

Mãe D'água PB 30 de novembro de 2018

Rafael Camboim de Souza,

RAFAEL DE SOUZA CAMBOIM

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA, brasileiro(a), desempregado, solteiro, portador de cédula de identidade sob nº 7287036, e inscrito no CPF sob nº 105.482.124-06, residente e domiciliado na rua Leonardo Camboim, Centro, Mãe D'água-PB, CEP 58740-000, declaro para todos os fins de direito, que sou pobre na forma da lei e não tenho condições de arcar com as despesas e custas processuais sem comprometer o meu sustento e de minha família. Diante disso solicito que me seja concedido a gratuidade da justiça para todos os atos do processo, nos termos do art. 98 e seguintes no Código de Processo Civil Brasileiro.

Luan Dantas

ADVOGADO / OAB/PB 25917

Rafael Camboim de Souza.

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Scanned by CamScanner





Atendimento: 000000089147

Idade: 26 anos

Paciente: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Data: 16/11/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS

Técnica:

Aquisição volumétrica de 1,25 mm de espessura com reconstrução multiplanar.

Análise:

Fratura linear na parte escamosa do osso temporal esquerdo.

Fratura transversal acometendo a porção das células da mastóide e ouvido médios esquerdos, parede posterior da ATM, continuando-se no conduto auditivo externo, com afastamento dos fragmentos.

Velamento das células da mastóide e da cavidade epitimpânica envolvendo a cadeia ossicular.

Estruturas do labirinto, parte nervosa e vascular íntegras.

Mastóide direita sem alterações.

Pequeno espessamento mucoso focal no seio maxilar esquerdo.

Impressão Diagnóstica:

Fratura linear na parte escamosa do osso temporal esquerdo.

Fratura transversal acometendo a porção das células da mastóide e ouvido médios esquerdos, parede posterior da ATM, continuando-se no conduto auditivo externo, com afastamento dos fragmentos.

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 16/11/2018 21:56.

Dr. Marcos Antonio F. Silva
CRM 9740 - PB





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que ROSELIANE e R
SOUZA

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)

horas, necessitando de _____ (_____)

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

TUBerculose e Quirio
de membrana SIN-
DIAGNÓSTICO CID J06

infecção antrax sem
sintomas de emergência
Campina Grande, _____/_____/_____

Assinatura do Médico - CRM Nº _____

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
Nº 06 A60-2018 C.R.
Especialista em Infectologia - CRM-PB 14592

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3427/2018

Aos **NOVE (09) dias** do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, na presença da Autoridade Policial, **BEL. DEMETRIUS PATRICIO LIMA DE MELO**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 09h15min compareceu: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**, brasileiro (a), solteiro (a), Servente de Pedreiro, com 26 anos, data de nascimento 27.12.1991, RG: 7.287.036 SSP/PB, CPF: 105.482.124 06, natural de Mãe D'água - PB, filho (a) de Luiz de Souza Camboim e de Vânia Maria de Souza, residente na Rua Leonardo Camboim, nº 10, bairro Centro, Mãe D'água/PB, Fone: (83) 9.81542003, A fim de prestar a seguinte queixa:

=====

QUE, o (a) notificante afirma que no dia (06/05/18) por volta das 23h00min conduzia na PB 276 entre as cidade de Mãe D'água/PB e São José do Bonfim/PB, sua motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, PLACA: MOS 9920/PB, CHASSI: 9C2JC30102R113492, RENAVAM: 00770676774, ANO: 2001/02, COR VERMELHA, Licenciada em nome de Francisco Djanildo Lopes; Que o declarante afirma que um veículo que vinha logo atrás do seu fez uma ultrapassagem e após a manobra fechou a estrada para ele; Que o declarante diz que freou para não colidir com o carro, porém com a frenagem perdeu o controle vindo a cair, perdendo os sentidos na hora; Que o declarante foi socorrido por uma pessoa que passava e em seguida acionou o SAMU que prestou os primeiros socorros e o conduziu para o HRP de Patos/PB; Que ao diagnosticar a gravidade das lesões, o declarante foi transferido para o hospital de trauma de Campina Grande/PB.

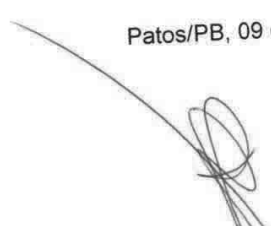
=====

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fê.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Rafael Camboim de Souza.

Patos/PB, 09 de Agosto de 2018.



Herando Barbosa Rodrigues
Policial Civil
Mat.: 168.548-1



VANIA MARIA DE SOUZA
RUA LEONARDO CAMBOM, 10 - CENTRO
MAE D'AGUA / PB CEP: 58740000 (AG: 133)

Emissão: 10/07/2018 Referência: Jul / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230; Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58074-800
Roteiro: 3 - 195 - 310 - 2890 Nº medidor: 00008864977



ENERGISA PARÁRISTADORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 095.163/0001-40 Insc. Est.: 18.016.620-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº009-112.674
Cód. para Déb. Automático: 00002620540

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	10/07/2018	09/08/2018	913.924.61- Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/262054-0

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/08/18	4905	10/07/18	5037	1	132	32
Demonstrativo						
CCI		Descrição		Quantidade Tarifa de Valor Base Cade Aliq. (R\$/kWh) Base Cade Pot (R\$) Consumo (R\$)		
				Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS- PIS/COFINS (R\$) (1,0845%) (4,9860%)		
0601	Consumo em kWh	132,000	0,126080	97,58	97,58	27 28,34 97,58 1,05 4,67
0601	Adic. B Vermeles			9,96	9,96	27 2,86 9,96 0,11 0,46

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 107,42 107,42 39,00 107,42 1,16 6,98

Média últimos meses (kWh)
140

VENCIMENTO
17/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 107,42

Histórico de Consumo (kWh)

98 | 106 | 113 | 117 | 120 | 145 | 153 | 155 | 157 | 173 | 137 | 174
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVADO AO PISCO
e153.b3a7.9f5a.41e7.5a63.cc8d.7df3.6ea6.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,5	0,00	NORMAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,5		
DIC ANUAL	23,1608		
FIC MENSAL	5,00		CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	5,00		202
FIC ANUAL	17,42		LIMITE SUPERIOR 203
DMIC	0,00		
DICRI	17,42		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	28,00	29,27
Compra de Energia	36,15	38,66
Serviço de Transmissão	3,93	3,97
Encargos Setoriais	6,92	6,44
Impostos Diretos e Encargos	35,62	33,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	107,42	100,00

Valor do EUSD (Ref. 5/2018) R\$ 36,31

ATENÇÃO

Faturas em atraso





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Rafael Camboim de Souza
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, 08 de maio de 2015

Lônia Maria de Souza
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua descisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Paciente: <i>Rafael Camboim de Souza</i>		Enfermaria: <i>Un. Pos</i>		Leito: <i>19</i>		Data: <i>29/05/2019</i>			
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
		Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarreia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (X)	Outro ()		
		Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (X)			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais (X)			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se (X)	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético (X)	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarreia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (X)	Medicações ()						
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Histórico de Créditos

25/09/2018 09:53:27

Identificação do Filiado

NIT: 160.43050.62-6 CPF: 105.482.124-06 Data de Nascimento: 27/12/1991
 Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
 Nome da mãe: VANIA MARIA DE SOUZA
 Compet. Inicial: 06/2018 Compet. Final: 09/2018

Créditos do Benefício

NB: 6237293624
 Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO
 APS: 13021090 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL PATOS
 Data de Início do Benefício (DIB): 27/06/2018 Data de Cessação do Benefício (DCB): 11/09/2018
 Data de Início do Pagamento (DIP): 27/06/2018 MR: R\$ 1.244,97

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
09/2018	27/06/2018 a 31/08/2018	R\$ 2.656,34	CMG - CARTAO MAGNETICO		03/10/2018		Não	Sim

Banco: 341 - ITAU OP: 669118 - PATOS-PB Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito
 Data Cálculo: 19/09/2018 Origem: Concessão. Validade Início: 03/10/2018 Fim: 30/11/2018

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 2.655,93
110	CORRECAO MONETARIA DE CREDITO CONCESSAO	R\$ 0,41

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
09/2018	01/09/2018 a 11/09/2018	R\$ 663,97	CMG - CARTAO MAGNETICO		03/10/2018		Não	Sim

Banco: 341 - ITAU OP: 669118 - PATOS-PB Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 456,48
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 207,49

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

* 02 SRV
* 06 amp. Midazolam
* 03 amp. Fentanyl
* 03 seringas 20ml
* 01 seringa 5ml
* 01 TOT nº 7.5
* 01 AMBU adulto
* 01 colar cervical M
* 01 prancha completa
* 04 compressores
* 03 pps gases
* 01 latex
* 01 máscara de aspiração nº 12

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☒ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MADRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Poli-traumatizado por acidente Motorístico.

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☒ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☒ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☒ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ FUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☒ SEDUÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

(1) MIDAZOLAM (EV): 06 amp. (2 p/ TOT + 4 p/ Sedação contínua).
(2) FENTANYL (EV): 03 ml.

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIA (MÉDICOS):

Paciente intubado pela USGA, encontrava-se semi-imobilizado; ECC: 7. com história de consumo alcoólico. Procedido imobilização completa + TOT. Paciente apresentava otorragia importante à esquerda + Rinite moderada; sem sinais de lesão importante em tórax, abdome e membros. Transportado de HUP, Niterói.

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE::

MÉDICO: *Dra. N. F. F. F.* CRM: *10349* MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *Sueli Alencar* COREN: *241.210* MAT: *31545269*

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: *Loucas* COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *Leandro* MAT: _____





SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 15A-01



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA # 33-404

DATA <u>06/05/18</u>	OCORRÊNCIA <u>2MIB</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Rafael Camboim de Souza</u>	IDADE <u>26</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DE OCORRÊNCIA <u>PB 276</u>	BAIRRO	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Denilson</u>		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO				

TIPO DE AGRAVO:		TIPO DE AGRAVO:	
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input checked="" type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)		<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS			

DESTINO DO PACIENTE:
SERVIÇO: HRP RESPONSÁVEL: Dr. Teofilho G. de Araújo FUNÇÃO: Cirurgião
CRM: 2563

MOTIVO DE TRANSPORTE:
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO
LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):
Paciente politraumatizado, vítima de queda de moto (sic)
TCE grave.

DADOS VITAIS:
VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: NA X FC: 68 TEMP: — °C - GLICEMIA: — mg/dl - E. Com a: 7 SpO2s/O2: — SpO2c/O2: 100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☒ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular ☐ Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deviantes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

Realizado protocolo ABCDE, imobilização com colar cervical e prancha rígida, aspiração dos SVV, oximetria de pulso, ventilação, adm. medicação CPNI.
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Após a USG 09 (São José do Bonfim)

Paciente, 26 anos, sexo masculino, vítima de queda de moto (sic), politraumatizado, Glasgow 7, apresentando otorragia e hemorragia bilateral. Feito imobilização com colar cervical e prancha rígida, medicação (02amp Midazolam - IV + 30ml pentanul IV), realizada TOT pelo MT com TOT N° 15 e respiração manual. Na 4ª fase de SRH foi injundido no mao 04amp. Midazolam e 02amp. pentanul com gotejamento lento. Feito o transporte até o HRP, sem intercorrências.

COREN PB 241210





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180407619 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF/CNPJ: 10548212406

Posição em 12-03-2019 08:51:07

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/02/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/01/2019	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZcpdbjHeVCMCTWhTmi6__api_key=YV4jS8vRQBfNxqXENT0XycArZVKQNdHymk191dCzwvE=
10/11/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/stdY0NMWt66Nr6fQ__QzkQapi_key=YV4jS8vRQBfNxqXENT0XycArZVKQNdHymk191dCzwvE=
11/09/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZKHihxj5SouKexMPGdDkVcapi_key=YV4jS8vRQBfNxqXENT0XycArZVKQNdHymk191dCzwvE=
11/09/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4uQraUrk0E4Oylh9FKrCA/api_key=YV4jS8vRQBfNxqXENT0XycArZVKQNdHymk191dCzwvE=

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/3



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:41:55, LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:44:48
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214442348700000019192942
Número do documento: 19031214442348700000019192942

Num. 19726038 - Pág. 1

<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)<https://www.seguradoralider.com.br>

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
l%C3%ADder-dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento



12/03/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
16 - CEP		

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL POLITRAUMATISMO	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL POLITRAUMATISMO	27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - QTDE	32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - QTDE	34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - QTDE	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTDE	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO * PACIENTE COM NECESSIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO 07/05/2018
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 2 2 7 5 0 3 2 3 8 0 0	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Arturo Fernando Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

MOD. 017





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

(SAMU)

Nome:	Rafael Camboim de Souza	Bairro:	Não Diáqua PB
End:	R. Leonardo Camboim	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	27/02/1992	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Hoto.	Data do Atend.:	07/05/18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	14:19
Documento:			

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 22/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Vitoria Castro de S. Machado, MÉDICA, CRM-PB 3165]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 26/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Arturo Fernando Perez Nogueles, Medicina Intensiva, CRM-PB 6520]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Dr. Fernando Castro de Souza Machado, MÉDICA, CRM-PB 3165, CPF 267.966.114-17]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>POLITRAUMA <i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Ihony Wesley Costa, Médico Residente / Cirurgia Geral, CRM-PB 8499]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Arturo Fernando Perez Nogueles, Medicina Intensiva, CRM-PB 6520]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 28/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Arturo Fernando Perez Nogueles, Medicina Intensiva, CRM-PB 6520]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: Dr. Fernando Castro de Souza Machado, MÉDICA, CRM-PB 3165, CPF 267.966.114-17]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: SORA INHA, MÉDICA, CRM-PB 3165]</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>



<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 10/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 14/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 18/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Paulo Sérgio de Souza Macedo MÉDICO CRM-PB 3165-CP 22.33.164-43</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 11/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Paulo Sérgio de Souza Macedo MÉDICO CRM-PB 3165-CP 22.33.164-43</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 15/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Paulo Sérgio de Souza Macedo MÉDICO CRM-PB 3165-CP 22.33.164-43</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 19/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>TCE</p> <p>Dr. Dagiane M. Frazão Cirurgia Torácica CRM-PB 6109</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 12/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Ana Livia D. Balduino Silva MÉDICA CRM-PB 7606</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 16/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 20/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>TCE</p> <p>Dr. Antonio Rido Neto MÉDICO CRM-PB. 8108</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 13/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Ana Livia D. Balduino Silva MÉDICA CRM-PB 7606</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 17/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 21/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (01) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Arturo Fernando Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE
EXPIRAÇÃO 02/JUL/2014

REGISTRO 7.287.036

NOME RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

FILIAÇÃO LUIZ DE SOUZA CAMBOIM
VÂNIA MARIA DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO
27/12/1991

NATURALIDADE
MÃE D'ÁGUA PB

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4755 LV A-6 FL. 73
CART. SOBRINHO-MÃE D'ÁGUA PB

CPF 105.482.124-06

SÃO JOSÉ - SC

ASSINADO POR
LE Nº 7.116 DE 29/08/83

JOSÉ AUGUSTO DA LUZ KOENICH
Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC



19/05/2018

HTCG-Painel Administrativo

Data: 19/05/2018

Horas: 05:50:48

Médico (a) Diarista : Veronica Cesarino De Souza Machado

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1649606 Paciente: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA Idade: 026

Nome da Mãe: VANIA MARIA DE SOUZA Data de Nascimento: 27/12/1991 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 19 Diagnóstico:

DIA 19/05/2018

MÉDICO ASSISTENTE (A): Ana Livia Dantas Balduino Silva / MÉDICO ASSISTENTE (A): Veronica Cesarino De Souza Machado /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
2	HIGIENE ORAL 8h/8h	
3	REALIZAR HGT 6h/6h	W T N 10 12 30 05
4	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 / 251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
5	OXIMETRIA + CARDIOMONITORIZACAO + PA	
6	VENTILACAO MECANICA	
7	DECUBITO ELEVADO 30°	
8	DIETA POR Sonda NASOENTERAL HIPERCALÓRICA 300ML DE 3/H 3h/3h	
9	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 6h/6h BIC 83ML/H	10 16 22 04
10	CEFEPIMA SODICA 1G E.V, 02 FRA AMP, 7D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF CEFEPIME 2G + SF0,9% 100ML - 12/12H, IV (DO 11/05/18)	14 02
11	SOLUCAO SEDATIVA DORMONID UTI ADULTO 100MG + SF0,9% 100ML EV BIC (AJUSTES ACM) Digo: 40me Dormonid	20 05
12	SOLUCAO DE NORADRENALINA UTI ADULTO 4FA + SF0,9% 200ML EV BIC ACM	
13	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML 6h/6h 1AMP. + ABD EV ACM	
14	LACTULOSE 667 MG XPE 120 ML 1FRASCO, 8h/8h 30ML SNE	14 22 06
15	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML 12h/12h 1AMP. + ABD EV	18 06
16	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML 1AMP. + ABD EV 8/8H ACM	
17	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML + ABD EV 8/8H	14 22 06
18	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
19	FENITOINA DE 100 MG 8h/8h 1COMP. SNE	10 18 02
20	FENTANILA CITRATO 005 MG/ML 10 ML 2FA + SF0,9% 100ML EV BIC (AJUSTES ACM)	
21	FUROSEMIDA 40MG V.O, OUTRA SNE ACM	

Dra. Claudia Ribeiro Leão
Neurologista
CRM-Pa: 6245
DAS: 4192, 1.541.55;

→ Sertanul 20me + 10me SF0,9% IV BIC - 20me deca 20

→ Propofol 10me IV - ACM e/ou ne agitação. 22

10me.



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:42:25

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214422366400000019193064

Número do documento: 19031214422366400000019193064

Num. 19726160 - Pág. 1



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Rafael Campião de Sousa</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/05/18</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Geraldo Antônio</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr. Marcio</i>	Tipo de Anestesia <i>GENL</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>ENTUBAÇÃO RACIONAL</i>			
Tipo de Operação <i>TRAJUNOSTOMIA</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O MESMO</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO HOUVE</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) ASSÉPSIS E ANTI-SÉPSIS DO CAMPO OPERATÓRIO E SOMENHA APLICADA DA CLOREXIDINA.
2) INCISÃO TRANSVERSAL NA PAREDE ANTERIOR DO ABD OMEN PARANCAIS DO LQ E TUBO E SINTIA SUBCUTÂNEO HEMOSTASIA E LIGATURAS CONVENCIONAIS.
3) INCISÃO LONGITUDINAL DOS MÚSCULOS ESTERNITÍDIO DO E ESTERNO-HIOÍDEO.
4) ABERTURA DA FASCIA PARATRACHEAL INCISÃO TRA VERSAL TRANSVERSAL.
5) CÂNULIZAÇÃO E FIXAÇÃO DA CÂNULA.

Dr. Geraldo Antônio de Medeiros
CRM-PE-2038
Rua Vagão Caixa, 1001 - Catolé
CAMPINA GRANDE-PB.
FONE. (31) 3321-4498

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
09/05/18	3º DIH/UTI Volcan Surco -	
	<p>Exame físico - Prof. 1º</p> <p>Exame físico - 8/15 - 108 - 15 mmHg</p> <p>SA - 66 - 80 mmHg</p> <p>TA - 50 - 100 mmHg</p> <p>ΔT - 37 - 38°C</p> <p>Arter - 4200</p> <p>PH - - 21120 up</p>	
	<p>Exame físico - 8/15 - 108 - 15 mmHg</p> <p>SA - 66 - 80 mmHg</p> <p>TA - 50 - 100 mmHg</p> <p>ΔT - 37 - 38°C</p> <p>Arter - 4200</p> <p>PH - - 21120 up</p> <p>Exame físico - 8/15 - 108 - 15 mmHg</p> <p>SA - 66 - 80 mmHg</p> <p>TA - 50 - 100 mmHg</p> <p>ΔT - 37 - 38°C</p> <p>Arter - 4200</p> <p>PH - - 21120 up</p> <p>Exame físico - 8/15 - 108 - 15 mmHg</p> <p>SA - 66 - 80 mmHg</p> <p>TA - 50 - 100 mmHg</p> <p>ΔT - 37 - 38°C</p> <p>Arter - 4200</p> <p>PH - - 21120 up</p>	<p>Dr. Penelope Coimbra de Souza Machado</p> <p>MDICA</p> <p>CRM 262.955.194-4</p>



DEATH

DETRAN - PB

VIA: 1	QOD-RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
0077067577-4	00/00000000	2018	

FRANCISCO DJANILDO LOPES

03242293405
GPS/CNIPU
MOSBY PLAZA
MOSBY PLAZA

PLACA ANT / UF **N808** **902JC30102RI** **CLASSI** **13492** **FB**

GASOLINA
 FAS/MOTOCICLE/NAO APIC

HONDA / CYC MARCH / MOTORCYCLE

CAP / BOY CIL / C
CATEGORIA VERMETHA
VERMETHA

VENECIA / COITA 3

FAIXA PVA:	PARCELAMENTO / COTAS

PRÉCIO: R\$ 10,00

1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the President of the Senate, dated January 1, 1877. The letter is signed by Rutherford B. Hayes and is addressed to Charles Schreyer.

CONTRAN

DATA 03/2018

36838

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929787767 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

8102 8102 2803018

VIA 03242292409 NIPU MOS9920/PB

00740616774 HONDA/CG 125 MACHO 1981 K5

ANO FAR. 7 CAL. TAB. 9 9C2JC30102R113492

PRÊMIO TARIFÁRIO

[illegible]

CHOCORRO MINETE (P\$) SEGURO

DATA DE CANCELAMENTO: 27/03/2018

SEGURO LÍDER - CPVAT

CNPJ 011.243.618/0001-04

836180328

DESPACHO

Vistos *etc.*

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, NCPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, mesmo tendo a parte autora manifestado seu interesse na composição consensual, verifica-se que eventual conciliação só seria obtida após a produção da prova técnico-pericial, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, *caput*, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de **audiência de conciliação**, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC)**, motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

Cumpra-se.

Teixeira/PB, data e assinatura digitais.

Carlos Gustavo Guimarães Albergaria Barreto

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de Teixeira

PROCESSO Nº 0800202-77.2019.8.15.0391

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[SEGURO]

AUTOR: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, n 74, 5 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, por sua procuradoria - via pje -

, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 222 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

TEIXEIRA-PB, 10 de março de 2020.



JOSE ROMUALDO CANDIDO PEREIRA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "**Número do documento**" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

XXXXXXXXXXXXXX

