

---

**Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190321121**

**Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321121**                      **Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

**Data do Acidente: 15/06/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

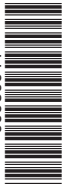
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 00021/00022 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14498504

---

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321121**

**Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190321121**

**Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima: 001.770.894-07		Nome completo da vítima: Severino Jerentino Pessoa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
Nome completo: Severino Jerentino Pessoa				CPF: 001.770.894-07	
Profissão: agricultor		Endereço: rua comua velha		Número: 04	Complemento:
Bairro: Alto dos Bentes		Cidade: Culoti		Estado: PB	CEP: 58.164-000
E-mail: NIILODANTAS@HOTMAIL.COM				Tel.(DDD): 83 99512-5490	

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

RENTA MENSUAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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: Bro. dizeo

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 543353 3  
(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 **(assinale 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, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Local e Data, Curitiba/PR, 15/04/2015

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA  
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICU/PB  
DELEGACIA DE CUBATI/PB  
Tel (83) 3385-1353



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 06/2019

**DATA DO FATO:** 15/06/2018

**HORA DO FATO:** Aproximadamente às 18:35h

**LOCAL DO FATO:** Rodovia PB 177, próximo ao Sítio Alto do Umbuzeiro, São Vicente do Seridó/PB.

**DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:**

Às 14:55h do dia 15/04/2019.

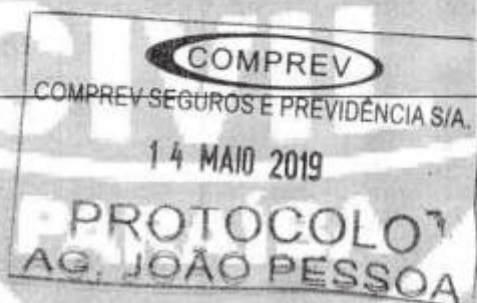
**DO COMUNICANTE E VÍTIMA:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA, brasileiro, divorciado, agricultor, natural de Cubati/PB, nascido aos 21/04/1953, RG: 1880085 SSDS/PB, CPF: 001..770.894-07, filho de Genesio Joventino Pessoa e Maria José da Conceição, residente à Rua Canoa Velha, nº: 04, Bairro Alto dos Bentos,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

**Motivo:** Acidente de Trânsito Motociclístico

**NARRAÇÃO DO FATO:** Narra o comunicante e vítima que em data, horário e local supracitados seguia sozinho com destino a São Vicente do Seridó/PB conduzindo a motocicleta: Honda/NXR 125 BROS ES; Ano/Modelo: 2013/2014; Cor: Vermelha; Placa: OXO 5868/PB; Chassi: 9C2JD2320ER000996; Renavam: 59377203-2; Registrada e Licenciada em nome de: Francisco Tavares de Oliveira, CPF: 023.651.994-88, quando colidiu na lateral direita de um caminhão não identificado, conduzido por indivíduo não identificado que seguia em destino contrário. Que desta colisão o comunicante veio a cair na rodovia sofrendo fratura na clavícula esquerda e na cabeça. Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB e logo após foi cirurgiado na cabeça no Hospital Antonio Targino também em Campina Grande/PB, passando 11 dias em estado de coma. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: Savanna Gm Pessoa

Allyson Gleytson Dantas Oliveira  
Agente de Investigação  
Matrícula: 181.842-2





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima: 001.770.894-07		Nome completo da vítima: Severino Jerentino Pessoa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
Nome completo: Severino Jerentino Pessoa				CPF: 001.770.894-07	
Profissão: agricultor		Endereço: rua comua velha		Número: 04	Complemento:
Bairro: Alto dos Bentes		Cidade: Culoti		Estado: PB	CEP: 58.164-000
E-mail: NIILOTDANTAS@HOTMAIL.COM				Tel.(DDD): 83 99512-5490	

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

## RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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: Bro. dizeo

AGÊNCIA:   CONTA:    
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 543353 3  
(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 **(assinale 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	---	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

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

Local e Data, Curitiba/PR, 15/04/2015

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

10 | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:15/6/2018	HORA:18:35	ID N°:1703538 USA 31
NOME:SEVERINO JOVENTINO PESSOA		
QUEIXA: COLISÃO CAMINHÃO COM MOTO		
LOCAL: SITIO ALTO DO UMBUZEIRO		
COMPLEMENTO: PROXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL		
CIDADE: ENTRE SOLEDADE E CUBATI		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Soledade, 20 de março de 2019.



*Glaucia Michaelle F. Costa*  
GLAUCIA MICHAELLE F. COSTA  
Coordenadora SAMU  
COREN 284.878

Coordenação  
SAMU Soledade 192







7211094210421207000000544630 090319

Fechamento próxima fatura: 12/04/2019



C/D RECIBE PE PUA

PC-11b

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

Postagem: 06/03/2019

Vencimento: 17/03/2019

Emissão: 02/03/2019

## Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	937,89
Pagamento efetuado em 11/03/2019	937,49
Saldo financiado	0,00
Encargos (financiamento + moratória)	0,12
Lançamentos atípicos	1.192,11
<b>Total desta fatura</b>	<b>1.192,43</b>

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

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

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

vencimento

17/03/2019

A) pagamento total

1.192,43

B) pagamento mínimo

181,24

C) parcelas fixas

131,59  
+23x 131,59

Veja outras opções na 2ª página

Se o pagamento mínimo for superior ao valor da fatura, você estará pagando o valor total da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e multa.

## Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	1.192,43
Restante de recursos disponíveis	800,00

## Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)

DATA	ESTABELECIMENTO	VLR CREDITO R\$
03/10	EBANX-TRA 05/06	19,90
	CLUBITIBA	
18/12	FARMACIA VETERINARIA 03/03	126,68
	CAMPINA GRANDE	
24/12	TORRA TORRA BOUTO 03/04	88,17
	POMBAL	
24/12	HNA*OBOTICARIO 03/04	63,45
	CLUBITIBA	
23/01	AMIFRANCO SOLU 02/02	77,55
	RECIFE	
06/02	BRAZIL ATACADO	269,62
	CAMPINA GRANDE	
07/02	FARMACIAS PAGUE MED 01/02	44,53
14/02	CAMARAO MANGABEIRA	80,90
	JOAO PESSOA	

Continuar...

Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

00135717798/0062535

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-40

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251, 1ª A. GRAÇAS - RECIFE - PE

Número

recibo do pagador

17535717798-8

Valor do documento

R\$ 1.192,43

Data de emissão

17/03/2019

Autenticação Mecânica

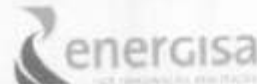


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável de conta.

Índice para consulta e pagamento na rede facilitadora da energia elétrica Nº 028.664.194



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

TERCIO DAMIAO PESSOA  
SIT CANOA VELHA S/N  
CUBATI

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1584368-3

## REFERÊNCIA

JUL/2019

## APRESENTAÇÃO

25/07/2019

## CONSUMO

50

## VENCIMENTO

01/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 48,67

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/08/2019

Pagador: TERCIO DAMIAO PESSOA CNPJ/CPF: 087.660.754-75

SIT CANOA VELHA S/N - AREA RURAL - CUBATI / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004393995	001584368201907	01/08/2019	R\$ 48,67	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERINO JOVENTINO PESSOA inscrito (a) no CPF sob o Nº 001 770 894, 07

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SEVERINO JOVENTINO PESSOA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001 770 894, 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

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

  
Assinatura do Declarante





Especialidade:

- |                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| 4. Abrasão              | 19. Ferimento cortante     |
| 5. Amputação            | 20. Ferimento contuso      |
| 6. Anelido              | 21. Hematoma               |
| 7. Contusão             | 22. Injúria térmica        |
| 8. Crescimento          | 23. Laceração              |
| 9. Dor                  | 24. Lesão térmica          |
| 10. Edema               | 25. Luxação                |
| 11. Empalhamento        | 26. Mordedura              |
| 12. Enfisema subcutâneo | 27. Queimadura por contato |
| 13. Engramamento        | 28. Queimadura             |
| 14. Equimose            | 29. Torção                 |
| 15. F. Arma de fogo     | 30. Paralisia              |
| 16. F. Contuso          | 31. Pericite               |
| 17. F. Cortante         | 32. Pericite               |
| 18. F. Contuso          | 33. Queimadura             |
| 19. F. Corto-contuso    | 34. Rinite                 |
| 20. F. Ferido-contuso   | 35. Síndrome               |
| 21. F. Ferido-contuso   | 36                         |

DIAGNOSTICO / CID: Pol. trauma

NS lembra o que aconteceu

**TOMOGRÁFIA**  
**REALIZADA EM:**

106/13  
TOMOSTA-IA  
REALIZADA M:  
11/18

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1) *Dipyrone Dilatil*, *Teamal* *Captopril* (SAMU)

2

[illegible]

4	
---	--

\_\_\_\_\_

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

④ Dr. Pauli

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Sumire Arcentimo Lopes HD: Política SETOR: 1ª Turma LEITO: 11 DATA: 31/06/37

[illegible]



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1674983

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0036-52  
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/05/2018  
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: SEVERINO JOVENTINO

CEP: 58167000

Nascimento: 21/04/1953

PESSOA

Endereço: MANOEL DE BARROS

Sexo: M

Telefone: 987076019

Cidade: Cubati

Idade: 65

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO

RG: 1880885

Nº: 4

Responsável: TERCIO DANIEL PESSOA

CPF: 00177008940

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CNS: 700704987268580

Acad: 16/05/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 17:42:27

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Escorregamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contente
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contente
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria tórax venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Pareia
32. Paroxismo
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinal de lacrima
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SatO2 \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



Unidade de Tratamento Intensivo  
**CONTROLE GERAL**

Nome: Severino Javentino Pessoa  
Idade: 65 Data de Nascimento:       /      /        
Leito: 11

[illegible]

MOD 910

NOME	SALVINO FOLGOSINHO	GOVERNO DA PARAIBA	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes		
IDADE	65 A	FERREIRA	2	LEITO:	08
H.D.	TCE	ADMISSÃO	05/06/18	HORA	T

### FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRJA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Cema Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM

☐ Hemorragia ☐ Outros: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA: Paciente com história de doença crônica  
com insuficiência cardíaca

OREN: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito \_\_\_\_\_

Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: \_\_\_\_\_ ☐ Cafores

#### CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THR ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Circulatoria ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Seriaçãoção

☐ Ortopneumonia ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: \_\_\_\_\_ ☐ Treino Musc. Pro-decanulação

Cuidos: \_\_\_\_\_

Observações: paciente não responde para o teste  
com insuficiência

SV: FC \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ % T °C \_\_\_\_\_

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow \_\_\_\_\_

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal Trófico: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal

Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normais Força Muscular (Grav): ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões) \_\_\_\_\_

#### SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☐ Eupnéico ☒ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TOT ☐ Sem TOT ☐ VNI \_\_\_\_\_ ☐ VM

O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi \_\_\_\_\_ %

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório, Fluxo \_\_\_\_\_ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAH ☐ Trajens supraventriculares ☐ Trajens intracostais ☐ Trajens subcostais

☐ Uiso de musc. acessórios Insp/Esp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor \_\_\_\_\_ 14"

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Rítmico ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica

Auscultação Pulmonar: \_\_\_\_\_ Ruído X Tônus: \_\_\_\_\_

TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucoide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: TCE

Campesina Grande: \_\_\_\_\_

25/06/2018

Selbstian Carlos Tarquini  
FISIOTERAPEUTA  
CRM-F 10111-1

Assinatura do Profissional

21/06/18  
P.A. 110x70

paciente evolui EGR  
dominante, orientado, acionado  
aprimorado. Em Neurologia  
Quarta - 11 de julho  
medicação conforme  
prescrição médica

20:00 Paciente transferido para Hospital  
21/06/18 Antonio Targino para monitorização  
mento do neurocirurgião Targino  
2018-06-21 20:00

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Paciente: Arivaldo Lima SEVERO

Prescrição Médica	Assinatura	Assinatura
Dado LNR		
SFD 0.9% 2000 mL, EV 24h.		
Dipirona 2ml (1g/ml) + sda 10 mL, IV 6/6h		
Naurobion 8mg + AD EV 8/8h a.n		
Ceftriaxona 100mg + SFD 0.9% 200mL, IV 12/12h.		
Omeprazol 40mg VO cada		
Tamoxifen 100mg + SFD 0.9% 100mL, IV 6/6h e n		
Furosemida metida e respiratória.		
Cefepime 25 mg VO se po maior igual a 180 x 110 mmHg.		
P.A.P TAX		

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

2-2

20 JUN 2018 C

Fato diploia de  
hemisfério da direita  
paciente com dor  
la 100x100 mmHg



নথায়

Paciente: <u>Severo</u>			
Prescrição Médica		EVOLUÇÃO MÉDICA	
DIETA livre SFD 1% 2000 mL ex 24h, Dexametaz 2mg (1graxos) + adad 10 mL i v 6/6h Naloxon 2mg IV B EM 8 HORAS se necessário Celecoxibe 100mg + SFD 5% 200mL IV 12/12h Omeprazol 40mg 1 amp + obs 10 mL IV ao dia Captopril 25 mg VO se pt melhor igual a 180 x 110 mmHg CABECEIRA ELEVADA SSVV + CCOG			
Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes			

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

18 JUN. 2013

Pet. ornamentado, bractéa clavícula, ad-  
mitido por área vermelha, for. totes  
do fralda, amarelo; med. de 1.5 cm.

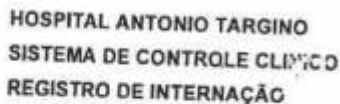
Application

90155

2020

12/02/90





1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1



\*INTERNAÇÃO

Hora 20:50

**Código CNS**

700704987268580

UF  
PB

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr<sup>a</sup> Marluce<sup>Cep</sup> 58167000 Telephone 987076019

Dr. Ítalo César

## Origem

Dr. Paulo Cesar  
Dr. Luciano Holanda  
Enfª Andrezza  
D. Atarásia  
Data                      /                      /                     

ata min. para alta - 21/06/2018      Data máx. para alta - 21/06/2018      Atendente - WILMA

companhante.....? [ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não Data admissão 21/06/2018

Data alta 26, 6, 18

ternação anterior..?    ☐ Sim    ☐ Não    Hora admissão

Hora alta 08:00:

Alta.....:	Curado.....: [ ]	Melhorado.....: [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	Inalterado.....: [ ]	Clinica.: Médica.....: [ ]
	Piorado.....: [ ]	A pedido.....: [ ]	Indisciplina.....: [ ]	Cirúrgica.....: [ ]
	Transferido...: [ ]	Falecimento...: [ ]	Evasão.....: [ ]	Obstétrica...: [ ]

Internação: Henry Muel 5969

Definitivo...: 0415010012 WJ99

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL, ANTONIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

Uti

[ ] Simples

Entrada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ C/Contraste

Saida \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

tivo

Caract. Trat. | |

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

OMOGRAFIA

Quinto (E) Al  
RX REALIZADO

22, 06  
Alexandre de São Almeida

22, 20

Alexandre de São Albino

Alexandre da Silva Almeida

**Associação da Silva Almeida**

~~CONFIDENTIAL~~

Dr. Rafael R. Holand  
NEUROLOGIA - NEUROQUIRURGIA  
CRM PE 1291

Carimbo e Assinatura do Médico



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Os abaixo assinados, paciente e seu responsável, AUTORIZAM o corpo clínico do(a) HOSPITAL ANTONIO TARGINO de CAMPINA GRANDE a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico, bem como atos anestésicos, transfusões e realizar toda as investigações que julgar necessárias ao diagnóstico, inclusive exames complementares.

O responsável se compromete ainda pela retirada do paciente dentro de 24 horas após lhe haver dado alta.

CAMPINA GRANDE, 21/06/2018

Paciente: SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
Responsável: SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
Endereço: RUA MANOEL DE BARROS 4 CENTRO  
Cidade: CUBATI - PB  
Telefone: 987076019  
Documento: 1880085

TESTEMUNHAS:

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

Abaixo assinado, \_\_\_\_\_

Responsável pelo doente X *Felício Damasceno Pessen*

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

CAMPINA GRANDE, 21/06/2018

Paciente: SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
Responsável: SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
Endereço: RUA MANOEL DE BARROS 4 CENTRO  
Cidade: CUBATI - PB  
Telefone: 987076019  
Documento: 1880085

TESTEMUNHAS:

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

ASSINATURA

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

LAUDO RADIOLOGICO

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

*Rosaleide*  
 de 1508  
 MÉDICO

DATA 21 / 6 / 18

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
 CUJAS DESPESAS FORAM  
 COBRADAS AO SUS





**HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO**

Nome: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

Convenio: SUS - INTERNO

Solicitante: JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO

Exame(s): TC CRANIO

Nº Exame: 23559

Data: 22/06/2018

Exame realizado em projeção axial com cortes de 5.0 mm de espessura para a fossa posterior e de 10.0 mm para a região supratentorial.

Evidenciamos imagem hiperdensa, ovalada, com halo de edema, medindo aproximadamente 2.5 x 2.0 cm nos maiores diâmetros, localizada na região cortical e profunda do aspecto ântero-inferior do lobo temporal esquerdo. Observamos pequena imagem hiperdensa, com halo de edema, exercendo discreto efeito de massa, localizada na cortical do lobo temporal direito.

Sistema ventricular com características morfológicas, volumétricas e topográficas normais.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Ausência de desvio das estruturas encefálicas da linha média.

Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras encefálicas, notadamente nos lobos frontais e parietais.

As estruturas ósseas apresentam-se tomograficamente preservadas.

Conclusão: Hemorragia subaracnoidea pós traumática.

Contusões cerebrais nos lobos temporais, sendo mais extenso a esquerda.

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras encefálicas.

CM

  
Dr. Abelardo da Matta R. Sobrinho  
Médico radiologista  
CRM - 3901

Paciente: SEVERINO JOVENTINO

Data do Exame: 20/06/2018

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

**Técnica:**

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

**Indicação:**

**Análise:**

- Persiste o hematoma temporal à direita descrito previamente, bem como as contusões temporais contralaterais, sem alterações relevantes, notando-se discreto aumento do edema perilesional.
- Marcada redução da hemorragia subaracnoidea no atual estudo, notando-se discreto aumento do espaço extra axial.
- Demais achados sem alterações significativas em relação ao estudo base.

2ª VIA

Dr Ygor Barbosa  
Médico Radiologista  
CRM 7056



Sr(a): SEVERINO JOVENTINO PESSOA      Protocolo: 0000409357      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): VALÉRIA ARAUJO DE LUCENA      Data: 17-06-2018 11:38      Origem: ÁREA VERMELHA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 65 anos      Destino: Leito - II

SÓDIO ..... 147 mmol/l

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

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

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

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

POTÁSSIO ..... 3.7 mmol/l

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

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

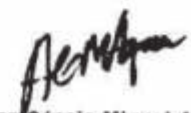
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l

  
Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C524-F81F-CBF5-6E4B-5A7D-2D12-3081-6CB7

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

Protocolo: 0000409357  
Data: 17-06-2018 11:38  
Idade: 65 anos

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

**URÉIA**

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

Resultado: 53 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELBOTA

Observação:

**CREATININA**

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

Resultado: 0,6 mg/dl

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Crianças: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Adultos: 0,4 a 1,3 mg/dl  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração  
da Creatinina

e Sumário de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo  
dipirona e

vitamina C podem alterar o  
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

  
Ana Cassia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Emissão : 17/06/2018 12:14 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C975-08A2-56BA-76CF-0867-BCE2-D127-16B7



Sr(a): SEVERINO JOVENTINO PESSOA      Protocolo: 0000409357      RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a): VALÉRIA ARAUJO DE LUCENA      Data: 17-06-2018 11:38      Origem: AREA VERMELHA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 65 anos      Destino: Leito - 11

**HEMOGRAMA**

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

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.06 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	12,3 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	9.700 /mm <sup>3</sup> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	291	
Segmentados.....	83,0	8.051	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos.....	12,0	1.164	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	194	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	186.000 mm <sup>3</sup>		140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

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

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

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
PARA A TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores de coagulação, por meio dos concentrados de hemácias, de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos, ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

**Riscos:**

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, há um mínimo risco de transmissão de algum microrganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido como uma infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com estes testes de última geração, existe a possibilidade, por exemplo, de se transmitir vírus da hepatite, com risco teórico aproximado de 1 em cada 1 milhão de transfusões e o vírus HIV, com risco teórico aproximado de 1 em cada 2 milhões de transfusões.

**Consentimento:**

Após ter recebido as informações acima, dou consentimento ao Serviço de Hemoterapia do Hospital Antonio Targino, a pedido de meu médico, para proceder à administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo dessa terapia ou tratamento.

Nome legível:

☐

PACIENTE

Severino Spontâneo Pessoa

Assinatura:

☐

RESPONSÁVEL Identidade nº

Grau de parentesco:

filho

Assinatura: X

Campina Gr: 21/06/13

Hora:

20:56

Se o paciente não poder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão.

**Circunstâncias de Emergência / Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido**

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome do médico solicitante:

CRM:

Assinatura:

Hora:

Campina Gr: de



**TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO**

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: Severino Jovantino Pessoa RG: \_\_\_\_\_  
Nome do Médico: Dr. Marcos Wagner CRM: \_\_\_\_\_  
Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do paciente e/ou responsável: K

Campina Grande, 21 de 06 de 18

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.  
Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.







SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
65 ANOS  
0110073622 Dt Coleta: 23/06/2018 - 16:16:23  
ANDRE CAVALCANTI M.JUNIOR/8122  
venio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
ssão: 23/06/2018 - 16:50:48 Local: CIRURGICA



#### UÉATININA

Resultado 0,54

#### Valor(es) de referência

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

#### UÉIA

Resultado 33

#### Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

#### UÉTÁSSIO

Resultado 4,10

#### Valor(es) de referência

mEq/L 3,5 a 5,5

#### UÉDIO

Resultado 134,00

#### Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

#### UÉLORETO

Resultado 94

#### Valor(es) de referência

mmol/L 96 a 106

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

Dr. Dayliane Oliveira Brandão  
FARMACEUTICA/BIOQUIMICA  
CRP-PB 03923-CPP-062.787.374-26

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

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

#### UNIDADE CENTRO

☛ Rua Sandra Barborema, 61

#### UNIDADE INTEGRAÇÃO

☛ Rua Sebastião Durato, 25

#### UNIDADE CATOLE

☛ Av. Vigário Calixto, 877

#### UNIDADE CRUZEIRO

☛ Av. Almirante Barroso, 1493

#### UNIDADE PRATA

☛ Rua Rodrigues Alves, 1049

#### UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☛ Rua Campos Sales, 463

#### UNIDADE CATINGUEIRA

☛ R. Severino Sezefredo de Almeida, 17

#### UNIDADE QUEIMADAS

☛ Rua João Barbosa Silva, 77

#### UNIDADE JOÃO XXIII

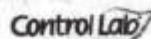
☛ Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

#### UNIDADE ANTONIO TARGINO

☛ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC  
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



); SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
e: 65 ANOS  
0110073622 Dt Coleta: 23/06/2018 - 16:16:23  
); ANDRE CAVALCANTI M.JUNIOR/8122  
venio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
ssão: 23/06/2018 - 16:50:48 Local: CIRURGICA



## HEMOGRAMA COMPLETO

ITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
mácias	4,23	milh/mm3 3.90 a 6.70
moglobina	13,7	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
matócrito	38,8	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
C.M.	91,7	u3 80.0 - 98.0
C.M.	32,4	pg 26.0 - 32.0
H.C.M.	35,3	g/dL 32.0 - 36.0
W	13,8	11.0 - 14.5

rie Vermelha: Normocitose. Normocromia.

## UCOGRAMA

ucócitos	11184	/mm3 3800 - 10000
stonetes	223	0-2 0-500
gmentados	85 9489	46-67 1.820-6.700
sinófilos	1 112	1-5 36-500
sófilos	0 0	0-2 0-100
nfócitos	9 1005	20-35 800-3.500
nfócitos reativos	0 0	0-1 0-100
nócitos	3 335	2-10 72-1000

rie Branca: Leucocitose. Neutrofilia.

AQUETAS	359000	/mm3 140.000 - 450.000
---------	--------	------------------------

rie Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

...  
...

**PROSANGUE**  
Dra. Deyssiane Oliveira Brandão  
FARMACEUTICA-BIOQUIMICA  
CRF-PB 03922-CPF:062.767.574-26

Acesse seus resultados: @www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102 5555 ☎ 83 988310102

### UNIDADE CENTRO

☐ Rua Sandra Borborema, 61

### UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Donato, 25

### UNIDADE CATOLE

☐ Av. Vigarão Calixto, 877

### UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Almirante Barroso, 1493

### UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

### UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Campos Sales, 463

### UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Sozefredo de Almeida, 17

### UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

### UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua Nilo Peçanha, 63 - Prata

### UNIDADE ANTÔNIO TARGINO

☐ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenário

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC  
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos





ACIENTE: *Silvino Faustino Pessoa*  
 ONVÊNIO: *SUS* SUS ☒ PRONTUÁRIO: *939683-2296508* DATA: *23/06/18*  
 CIRURGIA: *Hemitoria ultra-areolar + bístala líquorica*  
 CIRURGIÃO: *Dr. Marcos Wagner* AUXILIAR: *Dr. Jucimar*  
 ANESTESISTA: *Dr. Jucimar*  
 UCIANTE: *Técnico de Radiologia* RCUANTE: *37 443* SALA: *05* HORÁRIO: INÍCIO: *08:00* FINAL: *08:40*

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	<i>06</i>
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	<i>02</i>
1767	CEFTRIAXONA	
154886	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	<i>01</i>
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	<i>02</i>
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 6mg	<i>01</i>
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	<i>01</i>
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	<i>01</i>
70572	TILATIL 40mg	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
25149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
46832	ULTIVA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
26233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	<i>38ml</i>
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
42364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
84580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	<i>01</i>
82031	PROPOFOL	
42451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	<i>01</i>
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
<i>6012</i>	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	<i>04</i>
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2299	ALGODÃO HIDRÓFILO	<i>06</i>
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON Nº 10	<i>02</i>
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CANULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	<i>01</i>
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25x25	<i>04</i>
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	<i>05</i>
2585	EQUIPO MACROGOTAS	<i>01</i>
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	<i>6cm</i>
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	<i>20P</i>
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	<i>01</i>
	GUENDEL Nº 04	<i>01</i>
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	<i>01</i>
	LÂMINA BISTURI Nº 2445	<i>02</i>
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	
40126	LUVAS 7.5	<i>02</i>
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	<i>6cm</i>
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	<i>02</i>
3689	SERINGA DE 10cc	<i>03</i>
3697	SERINGA DE 20cc	<i>03</i>
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	<i>01</i>
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8/0	<i>01</i>

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO CIA Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO CIA Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
<i>1430</i>	MONONYLON Nº 30	<i>02</i>
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	<i>20ml</i>
304000	CLOREXIDINA	<i>60ml</i>
2631	ÉTER	<i>20ml</i>
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	<i>60ml</i>
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	<i>1pc</i>
	CAPNOGRAFO	<i>1pc</i>
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	<i>20ml</i>
	OXÍMETRO DE PULSON	<i>1pc</i>
	VÁCUO	<i>1pc</i>
CÓD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	<i>02</i>
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	<i>02</i>
134489	VOLUMEN 6%	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	<i>Folha de Anestesia</i>	<i>01</i>



PACIENTE: *Wagner de S. Porto*  
 Nº DO PRONTUÁRIO: *40209059* Nº DO ATENDIMENTO:  
 DATA DA OPERAÇÃO: *23/6/18* ENFERMARIA: LEITO:  
 OPERADOR: *Marcos Wagner de S. Porto*  
 1º AUXILIAR: *Roberto* 2º AUXILIAR: *Roberto*  
 3º AUXILIAR: *Roberto* INSTRUMENTADOR:  
 ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Wagner de S. Porto + com tumor*  
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Tumor do corpo de*  
*unifone no corpo de + 1º*  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *1º 40209059*  
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:  
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

VIA DE ACESSO: TÁCTICA E TÉCNICA: LIGADURA S-DRENAGEM SUTURA-MAT EMPREGADO: KAPLAN

*unifone de corpo frontal*  
*frontal de*  
*unifone*  
*unifone e tupe de*  
*unifone e tumor de*  
*unifone e tumor*  
*unifone e tumor*  
*unifone e tumor*

Dr. Marcos Wagner de S. Porto  
 S  
 B 23 JUN. 2018  
 N  
 C  
 R

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: Severino Juvenino Pessoa  
AL: Imagem LEITO: 702 MÉDICO:

IDADE:

DATA: 26 / 06 / 18

MANHÃ

paciente evolui de Alta hospitalar  
às 08h.

Cicera Miranda S. Araújo  
Tec. de Enfermagem  
COREN-PB 412961

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

TARDE

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

NOITE

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Sérgio T. Pessoa

IDADE:

ALA:

Quirico

LEITO: 70-2

MÉDICO:

M. L. L.

DATA:

25 / 06 / 18

ANHA

Paciente consciente e orientado, medicado, realizado controles, acita dieta, diurese presente, sem intercorrências, sob os cuidados da enfermagem.

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

ARDE

Paciente evolui estável, consciente orientado, verbaliza, eufórico, ateu, acita dieta, sem queixas no momento aos cuidados da enfermagem.

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

NOITE

Paciente evolui estável, consciente orientado, eufórico, febril, acita dieta, sem queixas no momento.

Marcília de Souza Pereira  
TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
COREN 855932



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Saulino J. Pessoa IDADE:   
AL: 20/06/18 LEITO: 20.2 MÉDICO: Neuro

DATA: 24 / 06 / 18

MANHÃ

Paciente consciente e ~~orientado~~ disorientado, medicado, afebril e eufórico, realizando controles, aceita dieta, diurese presente, sem intercorrências, sob as cuidados da enfermagem.

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

TARDE

Paciente ~~consciente~~ estável, consciente, algo orientado, julga, se julga, aceita dieta segue as cuidados da enfermagem.

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

NOITE

Paciente segue com quadro estável, consciente, sono bom, está sendo medicado, epi. não opaco, epi. segue sem alterações, sob os cuidados da enfermagem.

Juara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN 709726 PB

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Simelina J. Pessoa

IDADE:

ALIA: quirúrgico

LEITO: 70.2

MÉDICO: Neuro

DATA: 23 / 06 / 18

MANHÃ

Paciente consciente e ~~atenta~~ desorientada, medicada, afável e eufórica, em POI, realizada <sup>paciente atendida pelo SUS</sup> ~~controle~~ <sup>no Hospital Antonio Targino</sup> em exames, sem intercorrências, sob as <sup>cuja despesas foram</sup> ~~suas~~ <sup>cobradas ao SUS</sup> cuidados da enfermagem.

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

TARDE

Paciente evolui desorientada confuso M.C.P. aceita dieta oferecida sinais de <sup>paciente atendida pelo SUS</sup> ~~seguir~~ <sup>no Hospital Antonio Targino</sup> ~~paciente~~ <sup>cuja despesas foram</sup> ~~seguida~~ <sup>cobradas ao SUS</sup> cuidados da equipe.

NOITE

Paciente evolui confuso desorientado M.C.P.M. aceita Dieta. ~~ord. tripartite~~ ~~seguida~~ <sup>paciente atendida pelo SUS</sup> ~~paciente~~ <sup>no Hospital Antonio Targino</sup> ~~seguida~~ <sup>cuja despesas foram</sup> ~~seguida~~ <sup>cobradas ao SUS</sup> cuidados da equipe.

8-10

Suzana Pereira  
Téc. Enfermagem  
COREN-PA 855932



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Serápio Joviano Pessoa IDADE:   
ALIA: clínico LEITO: 70.2 MÉDICO: Nuno

DATA: 22 / 06 / 18

MANHÃ

Paciente consciente e orientado, realizado termografia, aguarda exames da ortopedia, dieta livre em venoclise, realizado controles diários, presente, sob os cuidados da enfermagem.

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

TARDE

Paciente consciente, orientado, verbaliza dores, atáxico, feixes e efalica e foi mpu, segue aos cuidados da enfermagem.

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

NOITE

Paciente segue com quadro estável, consciente, orientado, sendo medicado e p. atáxico, mpu co. sem intercorrências, segue aos cuidados da enfermagem.

Obs: Durante a noite o paciente apresentou episódios de desorientação (confusão mental).

Jucara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 269726



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: Samuel Joventino Pereira IDADE:             
ALA: cirurgico LEITO: 702 MÉDICO:           

DATA: 21 / 06 / 18

MANHÃ

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

TARDE

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

NOITE

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

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

Marchia de Souza Pereira  
TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
CRM 855932

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Sérgio Antônio Texeira

ALA: Neurológico

LEITO: 70.2

CONVÊNIO: SUS

AGNÓSTICO:

DATA: 25/06/18

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

25/6

① hú + sus + linc

② Ant. 1000 8/18

③ Halobutyl  
Fenyl 20

④ Levetir 1000 8/18

⑤ Vitaminas 20 N 5

⑥ Capta 10 N 12/12

⑦ SUS 20 1x

SUSPENSO

22

20

21

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

25/6

apil melhora de apiter  
com apiter de melhora

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

26/6

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

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



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Samuel Jonathan Leal

ALA: Quirico

LEITO: 70-2

CONVÊNIO: SUS

**-GNÓSTICO:**

DATA: 24-06-18

MEDICAMENTOS		HORÁRIO					
24/6	① hnta ful + hnta						
	② hnta soal N 8/8)	<del>14</del>	<del>22</del>	<del>06</del>			
	③ hnta 25 w 8 x	<del>08</del>	<del>20</del>				
	④ hnta 25 w 6/6)	<del>12</del>	<del>18</del>	<del>24</del>	<del>06</del>		
	⑤ hnta 25 w 18/12)	<del>18</del>	<del>06</del>				
	⑥ hnta 24 w 6)	511					
	⑦ hnta						
	⑧ hnta 25 w 12/12)	<del>08</del>	<del>20</del>				
	⑨ hnta 25 w 1 x		<del>21</del>				

PACIENTE Nº \_\_\_\_\_ EVOLUÇÃO MÉDICA

24	6
----	---

Write by the end  
of the month

~~Dr. Rafael R. Palacios  
M.D. - PH.D. - M.A. - M.P.A.  
C-14-F3-1001~~



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

**NOME:**

## ALA:

**LEITO:**

**CONVÊNIO:**

**DIAGNÓSTICO:**

**DATA:**

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

Haldol 5mg IM 8/8 h

= Family 2 H. 184 24

①  $N_{\text{max}} = 25 / 1/2 \text{ g}$  of

Dr. Antonio Bido Neto

MÉDICO  
CRM-PB 8198

## EVOLUÇÃO MÉDICA

2

92102

100

Opinel

*Lochner*

SO. FLA.

15:40 Pound

Signe d'Inquiétude  
3. Contagion possible

Q. 8. 1. lah 2. 15

Sharp 3/7/71

André Cavalcanti M. Júnior

MEDICO  
CRM-PB. 8122



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Severino José da Silva

ALIA: cardiaco

LEITO: 70-2

CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 23/06

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

23/6

① Amil-Sol + Linus

② Amil-Sol 12/13

③ Nitroglicerina 20 mg

④ Aspirina 100 mg

⑤ Paracetamol 1000 mg

⑥ Nitroglicerina 0,6 mg 12/13

⑦ Water

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUSTAS DE MEDICAMENTOS  
COBRADAS AO SUS

Dr. Rafael B. Holanda  
CRM: 1297

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

23/6

TC Painel de Inten. Tequil E  
e Tequil Interio D A  
deixar foto Tequil B.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUSTAS DE MEDICAMENTOS  
COBRADAS AO SUS

Dr. Rafael B. Holanda  
CRM: 1297



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME:

Sérgio Francisco Reis

A/A:

Cardiologia

LEITO: 70.2

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA:

22/06

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

22/6

① Atorvastatina 10mg

② Atorvastatina 10mg 12/12

③ Nifedipina 30mg

④ Insulina N 8/10

⑤ Nifedipina 30mg

⑥ Teclor 100mg  
100mg

⑦ Capromil 25mg - 02 comp VO

⑧ Voltar DA 12:30 - 120x80

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

22/6

Amplamente TC  
Paciente está bem

NO HOSPITAL

CUJAS DESPESAS FORAM

Paciente está bem  
ortopedico

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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME:

Seuino José Carlos Pereira

ALA:

Cardiologia

LEITO:

702

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA:

24/06

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

24/6

① Aspirina 100mg

② Aspirina 100mg 12/12

③ Metoprolol 50mg

④ Ibuprofeno 400mg 8/8

⑤ Metoprolol 50mg

PACIENTE

NO HOSPITAL

QUANDO

COBRAR

⑥ Dexametasona 4mg

⑦ Buscopan

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

24/6

Apelido cardíaco, náuseas  
intensas. Sinais: Taquicardia  
cardíaca.

PACIENTE

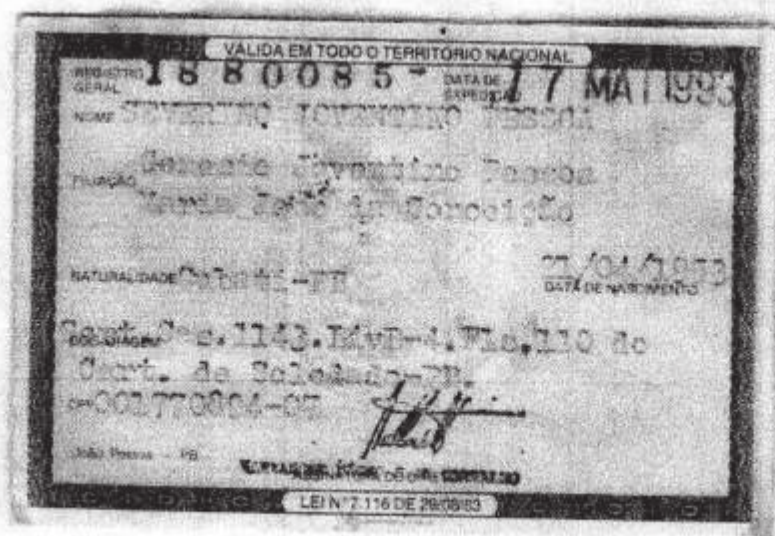
NO HOSPITAL

QUANDO

COBRAR

Assinado pelo médico  
CPF: 000.000.000-00  
CRM: 12345







TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE C/FE PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 2.506/84)



ASSINATURA DO TITULAR  
*Nilo Trigueiro Dantas*



CAB



CLASSIFICAÇÃO

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

REGISTRO 13220

NOME  
NÍLO TRIGUEIRO DANTAS

ENCARGO  
NÍLVAN ARAÚJO DANTAS  
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

RESIDÊNCIA  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
06/08/1983

CPF  
047.881.774-65

DISSOLUÇÃO DE UNÃO E TESTES  
NÃO

VIA EXPEDIENTE EM  
01 18/01/2013

COM REGISTRO CAVALETTE SOBSCRITO  
PREVIDÊNCIA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
14 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
Nº 011712093678  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COB. RENAVAM EXERCÍCIO  
1 00593772032 0000000000 2014

FRANCISCO TAVARES DE OLIVEIRA  
CPF: CNPJ PLACA  
02565193488 05863/PB  
PLACA ANT. / UF CHASSI  
N/AUO PB 9C2J1D2320ER000996

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PASS/MOTOCICLETA/MOTO 5200000000  
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO V.  
HONDA / XR125 2013 2013  
CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE  
1 1114 / CI PARTIC. VERMELHA

1º COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
1º 28/08/2014  
2º  
3º  
TP/A PARO EM PARCELAMENTO / COTAS  
FAIXA IPVA 0  
PREMIO TARIFARIO (R\$) JUZ (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
11.555,55 0 27/08/2014

SEM RESERVA DE DÍMÍNIO OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

CONTINUA - PR LOCAL  
37842 37842 37842

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

PB Nº 011712093678 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2014 15/09/2014

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 02365199488 05863/PB

CHASSI MARCA / MODELO  
00593772032 HONDA / XR125 BROS ES  
ANO FAB. QOT. MEZ. Nº CHASSI  
2013 9 9C2J1D2320ER000996

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) DEVALUAT. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) JOF (R\$) TOTAIS SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE VENCIMENTO  
27/08/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

33022-1042927-20140915

COMPREV

NR 11.111.111.111 CENCIA S/A.

14 MAIO 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190321121**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO JOVENTINO PESSOA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CANOA VELHA - Cubati - PB - CEP 58167-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1880085**

Data e local do acidente: [ **15/06/2018** ] **SÃO VICENTE DE SERIDO**

Data e local do exame: [ **22/08/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**PRESENÇA DE DEFORMIDADE EM CRÂNIO, COM CICATRIZ, SEM EDEMAS**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CAMINHÃO, NO DIA 15/06/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATOMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE MEMÓRIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRPIO DE CONDUTA, SEM DISTÚRPIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTÚRPIO DE PERSONALIDADE, SEM CRISE CONVULSIVA, SEM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☐ ] Sim [ ☒ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

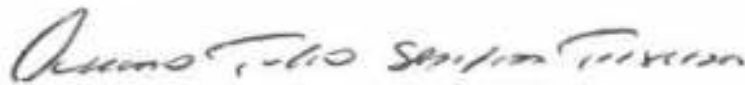
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



# DECLARAÇÃO

Eu, Severino Joventino Pessoa, brasileiro,  
divorciado, agricultor, portador (a) do RG nº  
1.880.085 expedido por SSP/PB e do CPF nº 001.970.894-07,  
residente e domiciliado(a) na(o) Rua Canoa Velha  
nº 04, Bairro Alto dos Bentes, Cidade Cubati, UF  
PB, DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a  
Seguradora Líder dos Consórcios Dpvat S.A. que o(a) Sr(a).  
proprietário(a) da moto  
modelo: Honda NXR125, ano 2013/2014, cor vermelha,  
Placa OXD 5668 / PB, Chassi nº 9C27 D232 DER000996,  
RENAVAM 00593742032, a qual eu me acidentei no dia  
15/06/2018, se encontra em local incerto e não sabido, não tendo  
consequentemente como localizá-lo atualmente.

Picuí, PB, 15 de Maio de 2019.

Reconheço a Firma  
Cartório de Cubati

Governador João Pessoa  
Declarante

OFÍCIO REG. CIVIL E NOTARIAL DE CUBATI  
Rua São Severino, 79, Centro, Cubati - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SEVERINO JOVENTINO PESSOA  
Data fe: Cubati - PB - 15/04/2019  
Substituto: FERNANDO JOSE MARTINS DANTAS  
Selo Digital LA/L89249/L106  
Consulte a autenticidade em: <https://notodigital.tjpb.jus.br>  
Emol: R\$ 11,89 Forpén: R\$ 0,29 MP: R\$ 0,19 Forp: R\$ 1,98

Fernando Jose Martins Dantas  
Escrevente Compromissado  
Cubati - Paraíba



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame físico:** SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE MEMORIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO-SE ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRBIO DE CONDUTA, SEM DISTÚRBIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE, SEM CRISE CONVULSIVA, SEM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CAMINHÃO, NO DIA 15/06/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

### Conduta mantida:

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame físico:** SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NA MARCHA, SEM ALTERAÇÃO NA FALA, SEM DEFICIT DE ATENÇÃO, SEM DEFICIT DE MEMORIA. VEIO ACOMPANHADO DO MOTORISTA, ENCONTRA-SE LÚCIDO, ORIENTADO, TRAJANDO-SE ADEQUADAMENTE, SEM DISTÚRBIO DE CONDUTA, SEM DISTÚRBIO DE COMPORTAMENTO, SEM DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE, SEM CRISE CONVULSIVA, SEM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CAMINHÃO, NO DIA 15/06/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. ALTA NO DIA 26/06/2018.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

### Conduta mantida:

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PÓS TRAUMÁTICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA.P.09/20

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190321121 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PÓS TRAUMÁTICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA.P.09/20

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino Joventino Pessoa, brasileiro(a),  
divorciado, agricultor, portador(a) do RG nº.  
1.880.085 expedido por SSB/PB em 14/05/1993 e do CPF nº.  
001.470.894-07, residente na (o)  
Rua canoa Velha - 04 - Alto dos Bentos  
município de Cubati - PB, CEP 58.167-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.  
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº  
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB.  
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

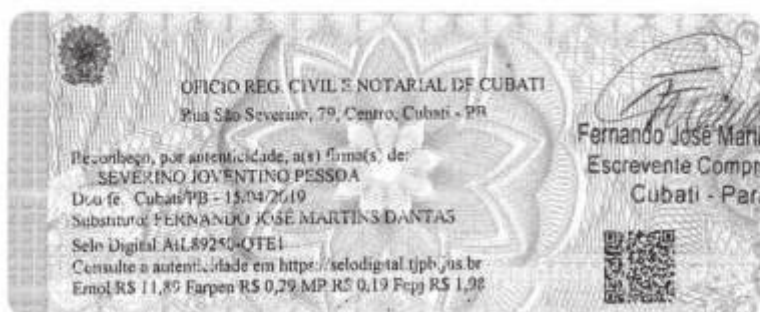
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)  
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer  
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em  
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) SEVERINO JOVENTINO PESSOA, ocorrido em  
15/06/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo  
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo  
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de  
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da  
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que  
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento  
do presente mandato.

Reconheço a Firma  
Cartório de Cubati

Picuí - PB, 15 de Abril de 2019

Severino Joventino Pessoa  
outorgante





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160086/19

**Vítima:** SEVERINO JOVENTINO PESSOA

**CPF:** 001.770.894-07

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

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

**Titular do CPF:** SEVERINO JOVENTINO  
PESSOA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

### SEVERINO JOVENTINO PESSOA : 001.770.894-07

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160086/19

Número do Sinistro: 3190321121

Vítima: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

CPF: 001.770.894-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 15/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO JOVENTINO PESSOA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**SEVERINO JOVENTINO PESSOA : 001.770.894-07**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO