

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

952305644-15

Whitamarci A.T. Ataíde

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Whitamarci A. Trigueiro Ataíde		CPF titular da conta 952305644-15	Profissão pescador
Endereço Sítio Camassari		Número S/N	Complemento
Bairro Cama Cari	Cidade Pico de Fogo Paraíba	Estado	CEP 58328000
Email		Telefone (DDD) 993581453	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NÚMERO 1033		CONTA NÚMERO 104441		AGÊNCIA NÚMERO 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

SINCOR/PB
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
ACI 28 JUN 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL
(Informar dígito se existir)

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

gob Pmca 04 de junho de 2018
Local e Data

Whitamarci A. Trigueiro Ataíde
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Whitamarci A. Trigueiro Ataíde
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

CAIXA TELEFONICA E-DEBOM

500 ROMA 200 0100
147100000 0000 725 7474

134 000000000 0

10/MAR/2013

HORA DE 14:05:04

CPF: 15.10473-6

TERMO 002240

LOCALIDADE: ARAUJO

AG. VINCULADA: 1003

CONTROLE: 000000000

DEPOSITO EM DINHEIRO

1000 010 00104441-3

MULTIPLICAÇÃO A 1 DE ATITUDE

VALOR

90,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

PODE DEPENDER DO VALOR COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

134 000000000 0

14 VIA

Loterias CAIXA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 JUN. 2013



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00489.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00489.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:38 horas do dia 09 de maio de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Karla Virgínia Falcão Campos Cavalcanti, Escrivão de Polícia, matrícula 1684698, ao final assinado, compareceu **Whitanage Alves Trigueiro de Ataíde**, CPF nº 952.305.644-15, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José Alves Trigueiro de Ataíde e José Trigueiro de Ataíde, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 05/03/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, Nº S/Nº, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (83) 99358-1453.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, nº S/Nº, Próximo Ao Abençoado Auto Peças, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/05/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

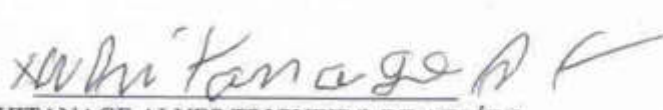
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

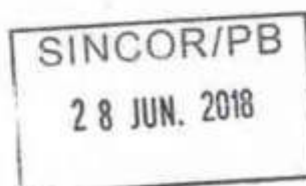
Que, na tarde do dia 05/09/2017, quando estava pilotando a motocicleta Honda POP 100, Ano de Fab/Mod:2009, de cor preta, de placa NPR 7967- PB, registrada em nome de Carlos Pereira de Lira, quando estava passando na BR 101, Mata Redonda, Alhandra, próximo ao Auto Peças "Abençoado", foi surpreendido por um veículo Fiat/ Doblô, de cor prata, de placa e condutor não identificados, que colidiu frontalmente com a moto em que o noticiante estava pilotando; Que, devido à colisão, o noticiante perdeu o controle da moto, vindo ao solo; Que o motorista do veículo Doblô se evadiu do local, não prestando socorro ao noticiante; Que, o noticiante foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Trauma, em João Pessoa/PB, onde ficou hospitalizado e submetido à intervenção cirúrgica, conforme atesta laudo do mencionado hospital.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Alhandra/PB, 09 de maio de 2018.


KARLA VIRGÍNIA FALCÃO CAMPOS
CAVALCANTI
Escrivão de Polícia


WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAÍDE
Noticiante



Procedimento Policial: 00489.01.2018.1.06.106

05/03/71

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Whitana G. T. Almeida

CPF da Vítima

952 305 644-15

Data do Acidente

05-09-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/BB
28 JUN. 2018

Assinatura de Gaspar Pina de junho de 2018
Local e Data

Whitana G. T. Almeida
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192



Prefeitura Municipal de Alhandra
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU
192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: US3 - 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
5/09/14	1813323	Wytanaga Alzen Trigueiro	46	
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador		
Mata Redonda (Almooado do Auto Pneu)		Almeida		
Tipo no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ Outro:				
TA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro:				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____
☐ OUTRO: lesão caixa moto
CINEMÁTICA: _____

ANTECEDENTES

MEDICAMENTOS: _____
PATOLOGIA(S): _____
ULTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
VACINAS: _____

SINCOR/PB

28 JUN. 2014

CONFERIDO COM O ORIGINAL

EXAME FÍSICO:

☐ PÁLIDO / ☐ CIANÓTICO / ☐ ICTÉRICO / ☐ SUDOREICO / ☐ PELE FRIA
☐ PELE ÚMIDA / ☐ ISOCÓRICO / ☐ ANISOCÓRICO / ☐ MIÓTICO
DOR: LOCAL falha joelho
☐ DISPNEIA / ☐ TAQUIPNEIA / ☐ HEMATÊMESE / ☐ HEMOPTISE /

☐ TCE / ☐ TRM / ☐ FRATURA / ☐ CONTUSÃO / ☐ ENTORSE /
☐ LUXAÇÃO / ☐ FACE / ☐ PCR / ☐ FAB / ☐ FAF / ☐ AFOGAMENTO /
☐ ATROPELAMENTO ☐ QUEIMADURA / ☐ ELETROCUSSÃO /
☐ DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / ☐ QUEDA DA PRÓPRIA
ALTURA / ☐ QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL:

DESTINO

Local: Hospital de Trauma Responsável: _____ Função: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

DADOS VITAIS

VAA: ☐ Livre ☐ Obstruída RESPIRAÇÃO: ☐ > 30 irpm ☐ < 30 irpm PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal PAS: ☐ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg

PA: 150 x 90 FC: 90 bpm FR: 15 GLICEMIA: _____ E. Coma: 15 SpO2 s/ O2: 98% SpO2 c/ O2: _____ T: 36°C

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

• DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

• INTERVENÇÕES:

• EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente consciente, orientado, Glasgow 15, SpO2 98% em ar ambiente, com suspeita de fratura em joelho D, lesão caixa moto, encaminhado ao Hospital de Trauma

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: _____ CRM: _____ / ENFERMEIRO: Sumanda COREN: C.

CONDUCTOR: Evangelista Te. João Batista

7 10

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Whitana Ge Alves Trigueiro Ataíde

RG nº 3182715, data de expedição 19/12/03 Órgão SSP/PE

CPF nº 952305644-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Sítio Camassari</u>
Apto / Complemento	<u>S/N</u>
Bairro	<u>Camacari</u>
Cidade	<u>Pedra de Fogo</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58328000</u>
Telefone de Contato	<u>99358 1453</u>
E-mail	

SINCOR/PB

28 JUN. 2018

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data: João Pessoa, 04/06/18

Assinatura do Declarante: +

Whitana Ge Alves Trigueiro Ataíde

Energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 15.015.822-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº005.900.990
Cód. para Deb. Automático: 00012204145

28 JUN. 2018

3 0198
Data prevista da próxima leitura
06/06/2018
CPF/ CNPI/ RANI
91878160400
Hid. Est.

Apresentação
07/05/2018

Data prevista da próxima leitura
06/06/2018

CPF/ CNPJ/ RAN
91878160400
Falt. Est.

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contacto

Boleio e aplicativo Energia Olhem, ou seja, simplesmente olhem. Você terá acesso à segunda via da conta mensal de utilidade. Informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

[illegible][illegible]

VENCIMENTO
14/05/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 220,56

WATER RESOURCES RESEARCH

Histórico de Consumo (kWh)	
Período	Consumo (kWh)
01/01/2018 a 31/03/2018	1.200
01/04/2018 a 30/06/2018	1.500
01/07/2018 a 30/09/2018	1.800
01/10/2018 a 31/12/2018	2.100
01/01/2019 a 31/03/2019	2.400
01/04/2019 a 30/06/2019	2.700
01/07/2019 a 30/09/2019	3.000
01/10/2019 a 31/12/2019	3.300
01/01/2020 a 31/03/2020	3.600
01/04/2020 a 30/06/2020	3.900
01/07/2020 a 30/09/2020	4.200
01/10/2020 a 31/12/2020	4.500
01/01/2021 a 31/03/2021	4.800
01/04/2021 a 30/06/2021	5.100
01/07/2021 a 30/09/2021	5.400
01/10/2021 a 31/12/2021	5.700
01/01/2022 a 31/03/2022	6.000
01/04/2022 a 30/06/2022	6.300
01/07/2022 a 30/09/2022	6.600
01/10/2022 a 31/12/2022	6.900
01/01/2023 a 31/03/2023	7.200
01/04/2023 a 30/06/2023	7.500
01/07/2023 a 30/09/2023	7.800
01/10/2023 a 31/12/2023	8.100
01/01/2024 a 31/03/2024	8.400
01/04/2024 a 30/06/2024	8.700
01/07/2024 a 30/09/2024	9.000
01/10/2024 a 31/12/2024	9.300
01/01/2025 a 31/03/2025	9.600
01/04/2025 a 30/06/2025	9.900
01/07/2025 a 30/09/2025	10.200
01/10/2025 a 31/12/2025	10.500
01/01/2026 a 31/03/2026	10.800
01/04/2026 a 30/06/2026	11.100
01/07/2026 a 30/09/2026	11.400
01/10/2026 a 31/12/2026	11.700
01/01/2027 a 31/03/2027	12.000
01/04/2027 a 30/06/2027	12.300
01/07/2027 a 30/09/2027	12.600
01/10/2027 a 31/12/2027	12.900
01/01/2028 a 31/03/2028	13.200
01/04/2028 a 30/06/2028	13.500
01/07/2028 a 30/09/2028	13.800
01/10/2028 a 31/12/2028	14.100
01/01/2029 a 31/03/2029	14.400
01/04/2029 a 30/06/2029	14.700
01/07/2029 a 30/09/2029	15.000
01/10/2029 a 31/12/2029	15.300
01/01/2030 a 31/03/2030	15.600
01/04/2030 a 30/06/2030	15.900
01/07/2030 a 30/09/2030	16.200
01/10/2030 a 31/12/2030	16.500
01/01/2031 a 31/03/2031	16.800
01/04/2031 a 30/06/2031	17.100
01/07/2031 a 30/09/2031	17.400
01/10/2031 a 31/12/2031	17.700
01/01/2032 a 31/03/2032	18.000
01/04/2032 a 30/06/2032	18.300
01/07/2032 a 30/09/2032	18.600
01/10/2032 a 31/12/2032	18.900
01/01/2033 a 31/03/2033	19.200
01/04/2033 a 30/06/2033	19.500
01/07/2033 a 30/09/2033	19.800
01/10/2033 a 31/12/2033	20.100
01/01/2034 a 31/03/2034	20.400
01/04/2034 a 30/06/2034	20.700
01/07/2034 a 30/09/2034	21.000
01/10/2034 a 31/12/2034	21.300
01/01/2035 a 31/03/2035	21.600
01/04/2035 a 30/06/2035	21.900
01/07/2035 a 30/09/2035	22.200
01/10/2035 a 31/12/2035	22.500
01/01/2036 a 31/03/2036	22.800
01/04/2036 a 30/06/2036	23.100
01/07/2036 a 30/09/2036	23.400
01/10/2036 a 31/12/2036	23.700
01/01/2037 a 31/03/2037	24.000
01/04/2037 a 30/06/2037	24.300
01/07/2037 a 30/09/2037	24.600
01/10/2037 a 31/12/2037	24.900
01/01/2038 a 31/03/2038	25.200
01/04/2038 a 30/06/2038	25.500
01/07/2038 a 30/09/2038	25.800
01/10/2038 a 31/12/2038	26.100
01/01/2039 a 31/03/2039	26.400
01/04/2039 a 30/06/2039	26.700
01/07/2039 a 3	

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Mar/17	0
Abr/17	0
Mai/17	0
Jun/17	0
Jul/17	0
Ago/17	0
Sep/17	0
Out/17	0
Nov/17	0
Dez/17	0
Jan/18	0
Fev/18	0
Mar/18	0
Abr/18	0

Tela 6878 90f1.533f.

RESERVADO AD FISCOS
7 de 6

7ced.855b.4a96.eaea.70f6.c878.90f1.533f.

Indicadores de Qualidade	Limites		Apurado	Limite de Tensão (V)
	da ANEEL			
TENSÃO	27,19	0,00	NORMAL	220
1º TRIMESTRAL	28,29	0,00	CONSTATADA	207
2º TRIMESTRAL	19,07		SEM APROVAÇÃO	220
3º TRIMESTRAL	16,94		LIMITE SUPERIOR	220
4º TRIMESTRAL	31,69	0,00		
ANUAL	8,35			
ENC	16,90			
DOR				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	24,60	11,17
Compra de Energia	30,40	13,78
Serviços de Transmissão	3,78	1,71
Serviços de Operação	6,92	3,09
Impostos Diretos e Encargos	32,95	14,81
Outros Serviços	122,95	55,74
Total	220,58	100,00

Valor Base (R\$) (Ref. 31/03/98): R\$ 0,00

Total
Valor do EUSD (Ref: 3/2016): R\$ 0,00

Natural em atrato
Mar/16 122.93

ATENÇÃO

de 1968, 1970, 1972, 1974, 1976, 1978, 1980, 1982, 1984, 1986, 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2024, 2026, 2028, 2030, 2032, 2034, 2036, 2038, 2040, 2042, 2044, 2046, 2048, 2050, 2052, 2054, 2056, 2058, 2060, 2062, 2064, 2066, 2068, 2070, 2072, 2074, 2076, 2078, 2080, 2082, 2084, 2086, 2088, 2090, 2092, 2094, 2096, 2098, 2100, 2102, 2104, 2106, 2108, 2110, 2112, 2114, 2116, 2118, 2120, 2122, 2124, 2126, 2128, 2130, 2132, 2134, 2136, 2138, 2140, 2142, 2144, 2146, 2148, 2150, 2152, 2154, 2156, 2158, 2160, 2162, 2164, 2166, 2168, 2170, 2172, 2174, 2176, 2178, 2180, 2182, 2184, 2186, 2188, 2190, 2192, 2194, 2196, 2198, 2200, 2202, 2204, 2206, 2208, 2210, 2212, 2214, 2216, 2218, 2220, 2222, 2224, 2226, 2228, 2230, 2232, 2234, 2236, 2238, 2240, 2242, 2244, 2246, 2248, 2250, 2252, 2254, 2256, 2258, 2260, 2262, 2264, 2266, 2268, 2270, 2272, 2274, 2276, 2278, 2280, 2282, 2284, 2286, 2288, 2290, 2292, 2294, 2296, 2298, 2300, 2302, 2304, 2306, 2308, 2310, 2312, 2314, 2316, 2318, 2320, 2322, 2324, 2326, 2328, 2330, 2332, 2334, 2336, 2338, 2340, 2342, 2344, 2346, 2348, 2350, 2352, 2354, 2356, 2358, 2360, 2362, 2364, 2366, 2368, 2370, 2372, 2374, 2376, 2378, 2380, 2382, 2384, 2386, 2388, 2390, 2392, 2394, 2396, 2398, 2400, 2402, 2404, 2406, 2408, 2410, 2412, 2414, 2416, 2418, 2420, 2422, 2424, 2426, 2428, 2430, 2432, 2434, 2436, 2438, 2440, 2442, 2444, 2446, 2448, 2450, 2452, 2454, 2456, 2458, 2460, 2462, 2464, 2466, 2468, 2470, 2472, 2474, 2476, 2478, 2480, 2482, 2484, 2486, 2488, 2490, 2492, 2494, 2496, 2498, 2500, 2502, 2504, 2506, 2508, 2510, 2512, 2514, 2516, 2518, 2520, 2522, 2524, 2526, 2528, 2530, 2532, 2534, 2536, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2548, 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560, 2562, 2564, 2566, 2568, 2570, 2572, 2574, 2576, 2578, 2580, 2582, 2584, 2586, 2588, 2590, 2592, 2594, 2596, 2598, 2600, 2602, 2604, 2606, 2608, 2610, 2612, 2614, 2616, 2618, 2620, 2622, 2624, 2626, 2628, 2630, 2632, 2634, 2636, 2638, 2640, 2642, 2644, 2646, 2648, 2650, 2652, 2654, 2656, 2658, 2660, 2662, 2664, 2666, 2668, 2670, 2672, 2674, 2676, 2678, 2680, 2682, 2684, 2686, 2688, 2690, 2692, 2694, 2696, 2698, 2700, 2702, 2704, 2706, 2708, 2710, 2712, 2714, 2716, 2718, 2720, 2722, 2724, 2726, 2728, 2730, 2732, 2734, 2736, 2738, 2740, 2742, 2744, 2746, 2748, 2750, 2752, 2754, 2756, 2758, 2760, 2762, 2764, 2766, 2768, 2770, 2772, 2774, 2776, 2778, 2780, 2782, 2784, 2786, 2788, 2790, 2792, 2794, 2796, 2798, 2800, 2802, 2804, 2806, 2808, 2810, 2812, 2814, 2816, 2818, 2820, 2822, 2824, 2826, 2828, 2830, 2832, 2834, 2836, 2838, 2840, 2842, 2844, 2846, 2848, 2850, 2852, 2854, 2856, 2858, 2860, 2862, 2864, 2866, 2868, 2870, 2872, 2874, 2876, 2878, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 2890, 2892, 2894, 2896, 2898, 2900, 2902, 2904, 2906, 2908, 2910, 2912, 2914, 2916, 2918, 2920, 2922, 2924, 2926, 2928, 2930, 2932, 2934, 2936, 2938, 2940, 2942, 2944, 2946, 2948, 2950, 2952, 2954, 2956, 2958, 2960, 2962, 2964, 2966, 2968, 2970, 2972, 2974, 2976, 2978, 2980, 2982, 2984, 2986, 2988, 2990, 2992, 2994, 2996, 2998, 3000, 3002, 3004, 3006, 3008, 3010, 3012, 3014, 3016, 3018, 3020, 3022, 3024, 3026, 3028, 3030, 3032, 3034, 3036, 3038, 3040, 3042, 3044, 3046, 3048, 3050, 3052, 3054, 3056, 3058, 3060, 3062, 3064, 3066, 3068, 3070, 3072, 3074, 3076, 3078, 3080, 3082, 3084, 3086, 3088, 3090, 3092, 3094, 3096, 3098, 3100, 3102, 3104, 3106, 3108, 3110, 3112, 3114, 3116, 3118, 3120, 3122, 3124, 3126, 3128, 3130, 3132, 3134, 3136, 3138, 3140, 3142, 3144, 3146, 3148, 3150, 3152, 3154, 3156, 3158, 3160, 3162, 3164, 3166, 3168, 3170, 3172, 3174, 3176, 3178, 3180, 3182, 3184, 3186, 3188, 3190, 3192, 3194, 3196, 3198, 3200, 3202, 3204, 3206, 3208, 3210, 3212, 3214, 3216, 3218, 3220, 3222, 3224, 3226, 3228, 3230, 3232, 3234, 3236, 3238, 3240, 3242, 3244, 3246, 3248, 3250, 3252, 3254, 3256, 3258, 3260, 3262, 3264, 3266, 3268, 3270, 3272, 3274, 3276, 3278, 3280, 3282, 3284, 3286, 3288, 3290, 3292, 3294, 3296, 3298, 3300, 3302, 3304, 3306, 3308, 3310, 3312, 3314, 3316, 3318, 3320, 3322, 3324, 3326, 3328, 3330,

TOTAL PAGAR
R\$ 220,56

VENUE: 1405/2018

Zotero 286 - 943 - 2140
Matricule 1220414-2018-05-4
5000 32

83600000002-3 20530054000-4 12204142010





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE
DATA DE NASCIMENTO 05/03/71
NOME DA MÃE MAEIA JOSÉ ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 104101
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1025536
DATA DO ATENDIMENTO 05/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 16:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR, EDEMA E IMPOTENCIA FUNCIONAL NO JOELHO DIREITO. APRESENTA-SE ORIENTADO, LUCIDO, GLASGOW 15. AVALIADO PELA CIRURGIA DERAL, ORTOPEDIA.

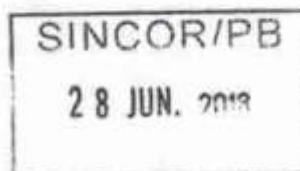
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX PERNA DIREITA, RX JOELHO DIR.
TC DE JOELHO DIREITO



RESULTADOS DOS EXAMES:

RX PERNA DIREITA - FRATURA DE PLATOU TIBIAL DIR.



CONFERIDO COM O ORIGINAL

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATOU TIBIAL

ALTA HOSPITALAR: 15/09/17
DATA DA EMISSÃO: 03/05/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 18733/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3182715 DATA DE EXPEDIÇÃO 19.12.2003

NOME WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATALDE

FILIAÇÃO José Trigueiro de Ataíde

Maria José Alves Trigueiro de Ataíde

Goiana-PE 05.03.1971

Cert. Nasc. Nº 8241, Fls. 72v. Liv. A-10.

Cart. de Alhandra-PB.

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.236

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

001/153

05.03.71

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

952305644 25

WHITANAGE ALVES T. DE ATALDE

05.03.71

BE 1025536
P 104101
05/09/17
moto

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 JUN. 2019