

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180043079**

Vitima: **PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA**

Data do Acidente: **21/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180043079**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12298082



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

Sinistro: 3180043079

Vítima: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180043079** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12373770

A/C: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180043079
Vítima: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA
Data do Acidente: 21/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000025565-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

077.376.674-07

PAULO ROBERTO LUIZ SALVIANO DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO ROBERTO LUIZ SALVIANO DE SOUZA		CPF titular da conta 077.376.674-07	Profissão DESEMPREGADO
Endereço RUA RODRIGUES ALVES		Cidade JOÃO PESSOA	Complemento
Bairro MANDAÇAU	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58027-340
E-mail		Telefone (DDD) 83 98630-1130	

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

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

☐ BRANDESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

0729

25565

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

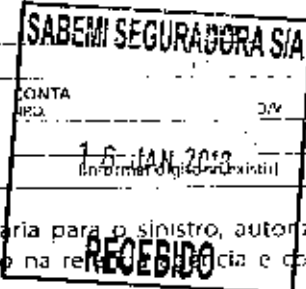
Nº

DV

(Informar dígito se existir)

16 JAN 2018

(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 renda da agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

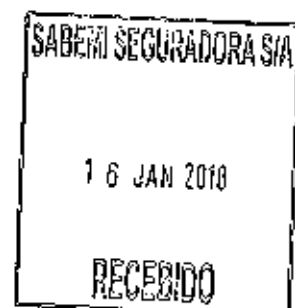
João Pessoa 09 de Janeiro de 2018

Local e Data

Paulo Roberto Luiz Salviano de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

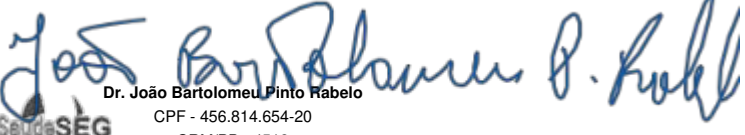
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Paulo Roberto Alves Salviano de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): VI Rodrigues Alves, 98 C
Mandacaru Joao Pessoa PB CEP: 58027-345
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2706646
Data local do exame: [02/02/2018] Joao Pessoa [PB]

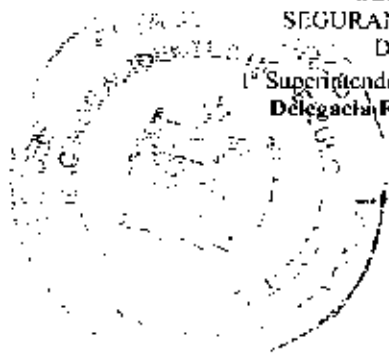
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO E CABEÇA DO RÁDIO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PUNHO ESQUERDO , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO
Data da alta: 18/12/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PARAFUSOS NO PUNHO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO COTOVELO DIREITO, FEZ FISIOTERAPIA.
HOVE CONSOLIDAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.
Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.**
- Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () “Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias | () “Sem sequela permanente”
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| () “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Direito
% do dano: () 10% residual (X) 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 |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02230.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02230.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:58 horas do dia 15 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Paulo Roberto Alves Salviano de Souza**, CPF nº 077.376.674-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Leitorista, filho(a) de Maria Alves Salviano de Souza e Paulo Salviano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rodrigues Alves, Nº 98, bairro Alto do Céu, tendo como ponto de referência Estação Ferroviária, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98734-9234.

Dados do(s) Fatos:

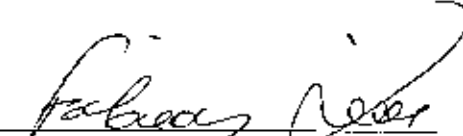
Local: Rua Golfo da China, Próximo À Galeteria Intermare, Cabedelo/PB, bairro Intermare; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/08/17 14:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

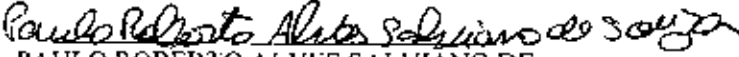
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

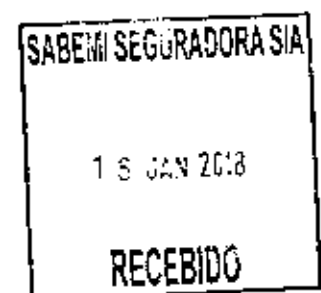
Que conduzia a MOTO YAMAHA FACTOR YBR125 K, 2011/2011, PRETA, PLACA MOR1942/PB, CHASSI 9C6KE1520B0025577, registrada em nome de PAULO SALVIANO DE SOUZA, quando perdeu o controle ao desviar de um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 11.12.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fé.

João Pessoa/PB, 15 de dezembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE
SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 02230.01.2017.1.00.420



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

RD 0221204 ou 0800 0221206

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

PAULO ROBERTO GIVES SALVIANO DE SOUZA

CPI da Vítima

077.376.674-07

Data do Acidente

21/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

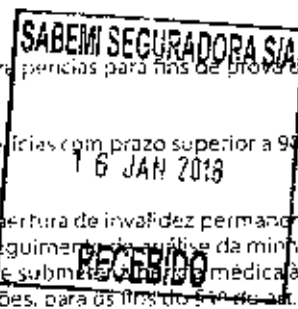
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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



João Pessoa, 09 de Janeiro de 2018

Local e Data

Paulo Roberto Gives Salviano de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URG
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



10

2

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/101, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1798127, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA** idade 29 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 21/08/2017, na Rua Golfo da China, Bairro: Intermares - Cabedelo - aproximadamente às 14:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Outubro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estetista

CREIS nº Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SABEM SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000025565-9

Nr. da Autenticação 499D051AACC96487



PAULO SALVIANO DE SOUZA
RUA RODRIGUES ALVES, 35 - MARACÓCARI
JOÃO PESSOA - PB CEP: 58077-341 (AG 1)

Emissão: 09/11/2017 Referência: Nov/2017
Consumo de energia elétrica RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO 220V/127V - Grupo Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58077-341
Regime: 2 - 12/2017 - 09/2017 58 m3/m3 - 0,00 m3/m3

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 07.000.000/0001-91 - Rua Paraíba, 100 - CEP 58077-341
CNPJ nº 07.000.000/0001-91 - Rua Paraíba, 100 - CEP 58077-341

Rede Fixa/Contador Energia Elétrica M000.1/19 732
Cód. para 90% Atendimento: 00002214013

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAN
Nov / 2017 08/11/2017 07/12/2017 25068385488

UC (Unidade Consumidora): 5/221401-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRO ELEITORAL - O
ACERTAMENTO ELETRÔNICO É OBRIGATORIO E GRATUITO.
O TRE - REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO: PROCURE UM CADASTRO ELEITORAL
MAS PROXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
28/10/17	20482	09/11/17	20777				295		33
Demonstrativo									
001 Deságio		Quilômetros	Taxa	Valor Base Data	Alq. kWh(R\$)	Base Data	Potência	Cálculo(R\$)	
		Taxa	Valor Base Data	Alq. kWh(R\$)	Base Data	Potência	Cálculo(R\$)		
001 Consumo em kWh		289,089	0,764510	223,34	223,34	27	50,20	223,34	2,57
002 Adm. B. Vampiros				17,44	17,44	27	4,71	17,44	0,22
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
007 CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA				10,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00
008 JUROS DE MORA 10/2017				1,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
009 MULTA 10/2017				2,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
010 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2017				0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
011 COMPLEMENTO PARA ATUALIZAÇÃO 10/2017				15,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00

001 Código de Classificação do Item TOTAL 275,75 250,78 55,01 240,79 3,20 14,74

Média Últimos meses (kWh) 299
VENCIMENTO 16/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 275,75

Histórico de Consumo (kWh)

299 | 299 | 755 | 912 | 347 | 408 | 370 | 385 | 255 | 278 | 284 | 319
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

55f2.ef3c.de92.1be6.184a.221c.39c6.00c7.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
ATENÇÃO	0,00	NOMINAL
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA
CONTRATADA	0,00	CONTRATADA

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	54,35	19,50
Consumo de Energia Elétrica	79,33	28,78
Consumo de Energia Elétrica	6,41	2,36
Consumo de Energia Elétrica	15,20	5,51
Consumo de Energia Elétrica	33,52	12,19
Consumo de Energia Elétrica	19,26	7,00
Total	275,75	100,00

Valor do SCS (R\$) 9/2017: R\$ 58,28

ATENÇÃO

Faturas em atraso



SANTANDER STYLE PLATINUM

Nº DO CARTÃO 5155 XXXX XXXX 3827 | MASTERCARD

2/3

Limite Total de Crédito	R\$ 6.600,00
Limite para saque à vista**	R\$,00
Limite disponível em 20/12/2017	R\$ 2.516,92

*A utilização deste limite comprometerá o limite total no cartão.

Parcela esta fatura em:
12 X 174,39Pagamento Mín.
R\$ 204,42

Se você pagar qualquer valor entre o Pagamento Mínimo e o Total da Fatura, esta diferença será financiada pelo próximo período com os juros do Crédito Rotativo e IOF.

Vencimento
05/01/2018

Parcelas a vencer	Próxima Fatura	Total a Vencer*
Compras Parceladas	R\$ 731,42	R\$ 2.720,28
TOTAL	R\$ 731,42	R\$ 2.720,28

*Somatória de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão no próximo fatura (determinadas acima).

Conveniência

Parcela o total desta fatura em:

24 X	128,04	18 X	142,49	15 X	154,81	11 X	163,57
08 X	226,03	06 X	279,24	04 X	387,25		

PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:

Faça um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor da parcela já inclui IOF e taxa de juros. Cartões em atraso devem consultar a Central de Atendimento Santander antes da contratação.

Período de Acúmulo de Pontos de 01/11/2017 a 30/11/2017

Estas são informações consolidadas de todos os seus cartões que participem do Pontos Esfera.

Saldo de Pontos Anterior:	1.461
(+) Pontos Acumulados por Transações	456
(-) Pontos Disponíveis:	1.917

Para mais informações e consultar o saldo atualizado, acesse www.santanderbrasil.com.br/ajuda/pontos-esfera ou ligue para a Central de Atendimento Santander.

Juros (ao mês) para o próximo período

Parcelamento automático	8,49%
Crédito Rotativo	9,49%
Saques	17,99%
Compras Parceladas com juros	2,49%
Parcelamento de fatura	8,49%
Total Parcelado	8,99%

*Inclui apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros mais impostos a ser pago na próxima fatura será de: R\$ 120,93.

Pontos
Esfera

Data de fechamento desta fatura	20/12/2017
Previsão de fechamento da próxima fatura	23/01/2018

Importante

SEU CONTRATO DE CARTÃO DE CRÉDITO FOI ATUALIZADO EM 27/11/2017, COM A INCLUSÃO DO NOVO CARTÃO DE CRÉDITO SMILES SANTANDER 2018 EM WWW.SANTANDER.COM.BR/CARTOES. LEMBRE-SE QUE AO FAZER UM SAQUE NA FUNÇÃO CRÉDITO NO EXTERIOR HÁVERÁ COBRANÇA DO IOF.

RECEBIDO

	Pinfin 033-7	03399.49281 36981.735404.44101 601027 1 00000000000000
Nome do Pagador: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREI - CPF: 065.801.71-81 R MARIA APARECIDA NEIVA GOUVEIA 72 - CP 404 - JARDIM OCEANIA - CEP: 68037-267 - JOAO PESSOA - PB		
Nosso Número 8113540441016	Número do Documento 437066000035090	Data de Vencimento 05/01/2018
Valor do Documento R\$ 1.732,28		
Valor pago R\$		
Banco Banco Santander (Brasil) S.A. - CAP: 90.400.889/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011		
Agência / Código / Rede-para 050 04 92836 9		Autenticação Mecânica

	033-7	03399.49281 36981.735404.44101 601027 1 00000000000000	
Agência Recebedora Pagável automaticamente no banco Santander		Vencimento 05/01/2018	Número do Cartão 5155 XXXX XXXX 3827
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.889/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011		Agência/Cod. Beneficiário 050 04 92836 9	Nosso Número 8113540441016
Data de Vencimento 20/12/2017	Número do Documento 437066000035090	Especie 17-01	Assinatura N
Valor do Documento 1.732,28	Valor pago 204,42	Valor do Documento 1.732,28	
Instruções: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO "VALOR DO DOCUMENTO" FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACESSO AOS CARROS, E O VALOR A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO F INCLUIDO NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APÓS 25/12/2018, PAGAR SEMPRE NAS AGÊNCIAS DO SANTANDER.		Pagamento Mínimo R\$ 204,42	
Valor pago R\$		RÍCIBO DO CUENTE	
Autenticação Mecânica		Autenticação no verso	
Fatura		Fatura	
Autenticação Mecânica		Fatura de Compensação	

DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREI
R MARIA APARECIDA NEIVA GOUVEIA 72
AP 404 - JARDIM OCEANIA
68037-267 JOAO PESSOA - PB



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAV/ PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

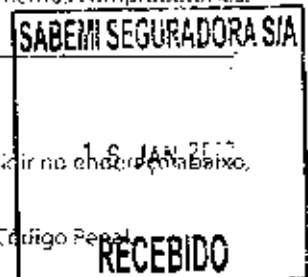
Pelo exposto, eu Diogo Vinícius H. e S. Morais inscrito (a) no CPF/CNPJ 055801774 / 61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário Paulo Roberto Alves S. de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.376.674 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paulo Roberto Alves S. de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.376.674 / 04 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	Número	Complemento
R. R. Aparecida Neiva de Oliveira	42	Apt 404
Bairro	Estado	Cep
J.D. Ocelaria	PB	58037-267
Cidade	Cidade	
João Pessoa	João Pessoa	
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
diogorada@hotmail.com	83.35768980	83.986301130

João Pessoa 10 de Janeiro de 2018
Local e data
Diogo Vinícius Morais
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, PAULO SALVIANO DE SOUZA
 RG nº 634500 data de expedição 29 / 01 / 79
 Órgão SSP - PB portador do CPF nº 250.683.254-68
 com Domicílio na cidade de João Pessoa no Estado
 de PB, onde residir na (Rua/Avenida/Estrada) RUA RODRIGO ALVES
nº 98 complemento, declaro, sob as
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima
PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA, cujo o condutor
 era PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

Veículo.....: YAMAHA FACTOR YAR 125 K
 Ano.....: 2011
 Modelo.....: 2011
 Placa.....: MOR 1942 - PB
 Chassi.....: 9CBKE1520B0025577
 Data do acidente.: 21/08/2017

SABEMI SEGURADORA S/A
16 JAN 2013
RECEBIDO

Local e data: João Pessoa, 15 de Dezembro de 2017

X Paulo Salviano de Souza

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS
 1ª DELEGACIA DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
 E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ de 87014
 A Rua da Assembleia, 15 - 5º andar - Centro - João Pessoa - PB - 55011-000
 Tel: (33) 3441-1234 - Fax: (33) 3441-1235

Reconheço por autenticidade a assinatura de PAULO BAI, VIANO DE SOUZA

e qual corre e com o alvará registrado nessa cartoria, em 15

João Pessoa, 15 de Dezembro de 2017

Em Teste

MAPLEO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrevente (Cód 1: Total R\$ 11,81)

Ido Digital de Fingerprint Tipo Normal B: A9D8B67-8C90

Cunha de dados do ato em: https://notodigital.pb.gov.br



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 16/04/88
NOME DA MÃE MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

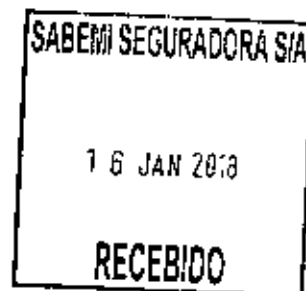
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.022.112
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 21/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 15:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR (CABEÇA) DO RÁDIO E +
FRATURA DO ESCAFÓIDE E + CONTUSÃO DO JOELHO D
CID 10 S 52.1 + S 62.0 + S 80.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, apresentando dor em cotovelo E e joelho D, queixa ainda de dor à palpação e movimentos do cotovelo e joelho, além de dor no punho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do punho D
RX do cotovelo E - AP e P
RX do punho D - AP e P
RX do joelho D - AP e P



TRATAMENTO:

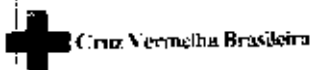
Fratura da extremidade superior (cabeça) do rádio E sem desvio + fratura do escafóide E à TC e aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 21/08/17
DATA DA EMISSÃO: 11/12/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1022112



Identificação do paciente

ID 1202636	Nome PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 18/04/1988	Idade 29 anos 4 meses 5 dias	Estado civil
MBE MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai PAULO SALVIANO DE SOUZA	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988985730	DDD Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 04839822403	Fone Fixo
Local de procedência INTERMARES	Nº Cns	Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58027345	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RODRIGUES ALVES
Número 98	Complemento	Bairro MANDACARU	

Admissão

Data e Hora 21/08/2017 15:30:25	Número da pulseira 1000006189463	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	16 JAN 2018 Clínica	Origem do paciente RUA
Classificação de risco	RECEBIDO	Data do acidente QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Paciente vítima de queda de moto, conhecida, encaminhada para o hospital.						
Dr. J. N. Artuda CRM 306348						
Diagnóstico						CID
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES						Tempo 32seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	Data de	16/04/1988	Idade	29	Sexo	MASCULINO	Nº	1022112	Nº		Data Prescrição	21/08/2017 15:38:42
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a					21/08/2017 15:38:42

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 PARECER ORTO	0.0							

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
CRM: 10271Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Urgência Geral
(08/11/2017 15:37)

21 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Verde

Site

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA		BAE 1022112	Data/Hora Entrada 21/08/2017 16:30:25	Data Baixa 2017-08-21 20:24:06.0
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988985730
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			Prontuário	
Endereço RODRIGUES ALVES, 98		Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO		Nº Cons. Regional 7149/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 20:24:06			Data/Hora Prescrição 21/08/2017 20:24:07	

Anamnese

RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO SEM DESVIO E FRATURA ? DO ESCAFOIDE ESQUERDO CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO E PRESCREVO TRAMAL E CETOPROFENO

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: DIREITO + ESQUERDO COM POLEGAR.)

CID10

Código	Descrição
S62.0	Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

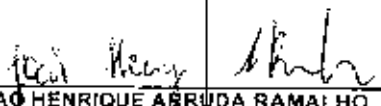
Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

 Usuário
JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
 Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

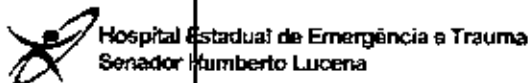
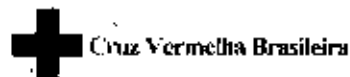
 Data e Hora
21/08/2017 20:24:06
 Observações


JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
 (7149/PB)
PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

SABEM SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA		BAE 1022112	Data/Hora Entrada 21/08/2017 15:30:25	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988985730
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA				Prontuário
Endereço RODRIGUES ALVES, 88		Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 15:30:25			Data/Hora Prescrição 21/08/2017 15:38:42	

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO CERVICAL E EM PRANCHA RÍGIDA. REFERE USO DE CAPACETE NO MOMENTO DA QUEDA. NEGA TRAUMA CRANIANO. REFERE DOR EM COTOVELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO. QUEIXA DE DOR À PALPAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO EM COTOVELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO, SEM EDEMA, SEM CREPITAÇÃO. TORAX E ABDOME SEM ANORMALIDADES. CD. SOLICITO RX COTOVELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO + AVALIAÇÃO ORTOPEDIA + LIBERO DA CIR GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
714.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Ortopedia e Trauma
CRM - PB 10 271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

SABEM SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	BAE 1022112	Data/Hora Entrada 21/08/2017 15:30:25	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988985730
Endereço RODRIGUES ALVES, 98	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	UF PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 15:30:25		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 16:24:22	Nº Cons. Regional 6902/PB

Anamnese

RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO SEM DESVIO E FRATURA ? DO ESCAFOIDE ESQUERDO CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO E PRESCREVO TRAMAL E CETOPROFENO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO FRATURA ESCAFOIDE ?)

Conduta

Em observação

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(6902/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA		Data de 16/04/1988	Idade 29	Sexo MASCULINO	Nº 1022112	Nº	Data Prescrição 21/08/2017 18:24:22
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho		Leito	Prescrição válida a 21/08/2017 18:24:22		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML		E.V.		AGORA	Observação: ANALGESIA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação: ANALGESIA	

21 de Agosto de 2017

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
CRM: 6902
Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Genário Humberto Lúena

Atendimento: 000000727537

Idade: 29 anos

Paciente: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA Data: 21/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Técnica:

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

Análise:

Fratura cominutiva do escafoide, sem diastase ou desvio significativo dos fragmentos.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Densidade óssea normal.

Espaços articulares conservados.

Pequeno derrame articular.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

Edema de pele e tecido celular subcutâneo.

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

Este laudo foi liberado em 21/08/2017 21:47.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Hospital Samaritano

PACIENTE: PAULO ROBERTO SALVINO DE SOUZA

CONVÊNIO: AMIL DATA: 01/09/2017

RELATÓRIO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO A LACERDA

1º AUXILIAR: DR. BRUNO MONTENEGRO

ANESTESISTA: DR. LUIZ PRIORE

INSTRUMENTADOR: JOSENICE

HORA INICIAL: 14:30 **HORA FINAL:** 16:00

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO ESCAFOIDE COM LESÃO LIGAMENTAR

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ESCAFOIDE COM FIXAÇÃO

TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO REGIONAL E GERAL

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA NO MEMBRO SUPERIOR ACOMETIDO
- INCISÃO DE 5CM VOLAR
- TENÓLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO
- TENOTOMIA
- REDUÇÃO DA FRATURA DO ESCAFOIDE COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
- REPARAÇÃO LIGAMENTO
- REVISÃO DE HEMOSTASIA
- SUTURA DE SUBCUTÂNEO
- CURATIVO
- TALA LUVA

MATERIAL USADO:

- 01 PARAFUSO ESCAFOIDE
- 02 FIOS GUIAS

Dr. Antonio A. de Lacerda
Cirurgião da Mão - CRM 5078
Whatsapp 99141-1983

Paciente: Paula Roberto Alves S. de Souza Convênio: Ambul
 Cirurgião: Franz de Aguiar de Almeida Data: 03/09/2014
 Anestesiologista: Dr. Antônio Almeida
 Anestesia: Bloqueio de Fim
 Auxiliar 1: Dr. Bruno Meneguete Circulante: gustavo
 Auxiliar 2: Fernando + Joice Idade: 290
 Instrumentador: Fernando + Joice

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	Droperidol	01	Nimbium
Adrenalina	Etomidato		Neomicina Pomada
Amidol	Efedrina		Neocafina Isobérica
Amoxicilina	Fenergan		Neocafina Pesada
Atropina	Fentanil 2ml	01	Novabupi 0,5 c/v
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v
Buscopam Composto	Flagyl 500mg		Nubalm
Buscopam Simples	Fenitoína		Omeprazol
Brycnil	Flumazenil		Oxacilina 500mg
Clonidina	Gentamicina		Pavulon
Cipro 200mg	Glicose 50%		Plasil
Duo Decadron	Hidrocortisona		Precedex
Dimorf 0,2mg	Kefim 1g	01	Profenid
Dimorf 10mg	Kefazol 1g		Propofol
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin		Prostigumine
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Quelicim mg
Dipirone Sódica	Lasix		Rapifen
Dolosal	Liquemine		Ranitidina
Dormorid	Narcan	01	Rocelin 1g
Diazepam	Nauseadron	01	Telebrix

SOLUÇÕES			
Soro Fisio. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	01	PVPi Degermante
Soro Fisio. 0,9% 500ml	Água Destilada 1l		PVPi Tintura
Soro Fisio. 0,9% 250ml	Purisol		PVPi Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		Clorexidina 2% degerm. 100ml
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		Clorexidina 2% alc. 100ml
			Etor
			Alcool 70% 100ml

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Agulha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias	01
Agulha 25x7G	01	Dreno Penrose 1	
Agulha 40x12G	01	Dreno Penrose 2	
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2	
Agulha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8	
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4	
Agulha Peridural 17G		Dreno Torax 32	
Agulha Peridural 18G		Dreno Torax 36	
Agulha de Bloqueio Plexo	01	Dreno Torax 38	
Jeico 14G		Esparadrapo 30cm	05
Jeico 16G		Eletrodos	01
Jeico 18G		Equipos Macrogotas	01
Jeico 20G		Equipos Microgotas	05
Jeico 22G	01	Escova degermante	05
Jeico 24G		Gorro Descartável	05
Atadura Crepom 15cm	02	Gaze Pacote	01
Atadura Crepom 30cm		Gelfoam	
Atadura Gessada		Surgicel	
Coletor Sist. Aberto		Intracath	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen	
Catéter Nasal	01	Filtro bacteriológico	
Catéter Peridural 16		Capa VDL	
Kit para luva			

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnógrafo	
Bisturi Elétrico	OK	CO2	
Bomba de Infusão		Oxigênio	OK
Carro de VDL		Nitrogênio	
		Fonte de Luz	
		Monitor	OK
		Respirador	OK
		Oxímetro	OK
		Kit de Curativo Cirúrgico	OK
		Tricotomia	
		Pacote Cirúrgico	NO
		Derivador	

10/09/2014
 10/09/2014
 10/09/2014



Hospital Samaritano

Notificação de OPME

Nome: Bulo Roberto A. Sotiano de Souza
Convênio: Amil Data: 01/09/14
Cirurgia realizada: Eureux Excofide

Fornecedor: PE Implantis

Equipe médica:

- Cirurgião: Antonio Almeida
- 1º Auxiliar: Bruno Montenegro
- 2º Auxiliar: —
- Anestesista: Luiz Pires
- Instrumentador: 10 + Leonardo
- Circulante: Luciano

Quantidade

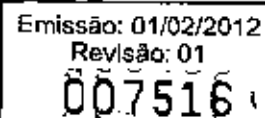
Material

01 Excofuso CBs 2.4x 23 mm
02 Excofuso 1.5 mm

Preenchido por:

Vivianne Cardoso de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 295669

Data: 01/09/14



0075164



Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Paula Roberto A. SOUZA DE SAUZA

Atendimento: CLÍNICA

Convênio: Amil

Cirurgia: Exst. de escrotoide e mão ligamentar

Cirurgião: Dr. Antonio Lucena + Dr. Bruno Montenegro

Sala: 04 Data: 01/09/2017

Circulante de sala (não rubricar): Jucelina **Jucelina Faustino**
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 577787

30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1491	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1152	25.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1152
30.11.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	06.09.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1404	06.09.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	29.11.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1152	29.11.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	25.11.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236
31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1404	30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1152	30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236
07.09.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	29.11.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1404	06.09.17 01 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	29.11.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1152	30.11.17 06 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236	30.11.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1236
31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1410	28.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador 1029	

BROWNE **STEAM** Integrating Indicator **FE23100**
3
Type 5 / ISO 11140-1
EXP 2021-07-01
Reject (NO)
Accept (OK)
Dark bar must enter accept window

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – SALVA VIDAS

RECUSADO: 4872025
NOME: PAULO ROBERTO A. SALVIANO JUNIOR
LIM: 1604/1988 (20 ANOS)
MÃE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA
CONVENIO: AMILAPTO
INTERNAÇÃO CIRURGICA DATA: 04/08/2017

Paciente: Paulo Roberto Salviano de Souza Data: 04/08/17
Mãe da Mãe: _____
Cirurgião: Antonio Almeida 1º Aux. Cirurgião: Luciano
Anestesiologista: Luiz Bion Circulante: Jucelina
Cirurgia: _____

1 – PRE-OPERATORIO (INTERNAÇÃO CIRURGICA)

- 1.1 Informação sobre o paciente:**
Pulseira de identificação
(☒) Sim () Não
Jejum
(☒) Sim Tempo de jejum 10 horas
() Não Tipo de alimentação _____
() NA
HAS/PA _____ mmHg () DM: _____ mg/dl
TAX: _____
Banho com clorexidina 4% (implante)
() Sim (☒) Não ()
Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral)
() Sim () Não (☒) NA
Tricotomia Hora: _____
() Sim () Não (☒) NA
Retirou adornos e/ou próteses
(☒) Sim () Não () NA
Usa marcapasso
() Sim (☒) Não () NA
Tempo de consentimento
(☒) Sim () Não () NA
1.2 Fez uso de profilaxia antes da cirurgia?
() Medicamentosa, horas: _____
() Mecânica (☒) Não
1.3 Lateralidade?
() Direita (☒) Esquerda () NA
1.4 Alergias?
() Sim (☒) Não
QUAL: _____
1.5 Porta exames?
(☒) Impressos () CD
Avaliação pré anestésica?
() Sim (☒) Não () NA (Urgência/Emergência)
1.6 Administrado medicação pré anestésica?
() Sim (☒) Não () NA Hora: _____
1.7 Transporte conforme protocolo?
(☒) Sim () Não

Assinatura: Jucelina Coren

2 – ANTES DA INDUÇÃO ANESTESICA

- 2.1 Checagem de equipamentos**
(☒) Camo de anestesia + Alarmes (☒) Aspirador
(☒) Oxigênio + Agentes Insufletórios
(☒) Bisturi elétrico (placa + cabo)
(☒) Realizado desinfecção da sala, no 04/08/17
() Conferido esterilização das embalagens
(☒) Conforme () Não conforme () Ausente
(☒) OPME (☒) Sim () Não () NA

- 2.2 Transposição do paciente**
(☒) Trava da mesa cirúrgica
(☒) Maca e mesa nivelada
2.3 Via aérea difícil Risco de Broncoaspiração
() Sim + Material Específico (☒) Não
2.4 Risco de perda sanguínea
() Sim (2 Acesso, intravenoso calibrosos)
(☒) Não
() Reserva de Hemocomponente
() Sim (☒) Não

Jucelina Faustino
Téc. de Enfermagem
Assinatura: Jucelina Coren

3 – ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

- 3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função:** (☒) Sim () Não
3.2 Antibioticoprofilaxia feita (30/60mm) antes da incisão? (☒) Sim () Não Qual: Repique
3.2.1 Realizar repique (antibiótico) em cirurgia >3hs
() Sim (☒) Não
3.3 Realizado antissepsia do campo operatório
(☒) Sim () Não Com quê? Repique
3.4 Equipe médica conformou verbalmente
(☒) Paciente (☒) Procedimento
3.5 Imagem disponível?
(☒) Sim () Não () NA
3.6 Uso seguro do Eletrocáutério, proximidade da placa à incisão:
() Coxa (☒) Panturrilha () Glúteo () NA
(☒) Direito () Esquerdo () Completa
3.7 Materiais Solicitados e Disponíveis:
(☒) Estimulador de Nervo Periférico
(☒) Intensificador de Imagem
() N / A (Urgência / Emergência)
3.8 – Exames protocolados e devolvidos
(☒) Sim () Não () N / A

Jucelina Faustino
Assinatura: Jucelina Coren

4 – AO TÉRMINO DA CIRURGIA

- 4.1 – Equipe conforme verbalmente:**
(☒) Nome do procedimento realizado
() Peça cirúrgica corretamente identificada
() Repique antibiótico-profilático antes (> 3hs)
(☒) Transporte do paciente (em bloco)
() Dranos, sondas e acessos pinçados e identificados
4.2 - SSVV
PA (30) X (80) TAX () C
4.3 Destino
() URPA () APTD () UTI

Jucelina Faustino
Téc. de Enfermagem
Assinatura: Jucelina Coren



Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

<small>REGISTRO 4872025 NOME: FÁBIO REBELETTA SALVIANO DE SOUZA IM: 1404/088 (29 ANOS) MÃE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA CONVENIO: AMILARPO INTERNAÇÃO CIRURGICA DATA 01/09/2017</small>	Paciente: <u>Bruno Roberto Galvão</u>	Data: <u>01/09/17</u>
	Nome da Mãe: _____	Convênio: <u>Amil</u>
	Cirurgião: <u>Antônio Amador</u>	2ª Cirurgião: <u>Bruno</u>
	3ª Cirurgião: <u>—</u>	A 1001: <u>Luiz Bruno</u>
	Cirurgia: _____	Origem: _____

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: () Recepção () Urgência () Enfermaria (X) Apartamento () UTI
Prótese dentária: () Sim (X) Não
Jejum: (X) Sim () Não
Uso de Medicamentos: () Sim (X) Não Qual: _____
Alergias: () Sim (X) Não Qual: _____
Morbidades: () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Asma () Outros: _____

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Puncção Venosa: (X) Periférica MS <u>D</u> () Subclávia () Dissecção Venosa () Jugular
Posição do Paciente no Trans-Operatório: (X) Dorsal () Ventral () Lateral E/O () Ginecológica
Sondagem Vesical: () Sim (X) Não nº _____ () 2 Vias 3 () 3 vias c/irrigação
Tipo: () Demora () Alívio
Presença de Diurese: () Sim () Não <u>placido</u>
Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural (X) Sedação () Local () Geral Venosa
Destino: (X) Apto () UTI () Alta Hospitalar () Óbito () URPA Hora da Saída: _____ hs

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As 14:30 malá paciente neste sala para submeter a cirurgia em MDE.
Periculação, orientado, nup. alergia e morbidades.
Após procedimento realizado paciente liberado para o ambiente para o
operatório sem intercorrências.

Viviane Cardoso de Almeida
Enfermeira
COREN-RB 295669

Assinatura do Enfermeiro (a)
COREN



Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 467203 NOME: PALESTIN RIBEIRO A SALVIANO DE SOUZA DN: 16/04/1988 (29 ANOS) MAR: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA CONVENIO: AMILAPTO INTERNAÇÃO CIRURGICA DATA: 01/09/2017	Paciente:	Data: 1/1/
	Nome da Mãe:	Convênio: Amil
	Cirurgião: Dr. Paulo M. D.	2º Cirurgião:
	3º Cirurgião: Dr.	Anest. Dr. P. S. O. R.
	Cirurgia: Fim de do copo de	Origem: AP 53

ADMISSÃO

Recepção do Paciente: ☒ Paciente Interno () Paciente Ambulatorial () Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência

Venoclise: () Sim ☒ Não () Periférico - MS () Central

Estado Geral/ Nível de Consciência:

☒ Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 138/59 mmHg P: 68 bpm R: 16 rpm SPO2: 100%

TRANS-OPERATÓRIO

Grão de Contaminação: ☒ limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular

() Contaminada: cólon, reto e ânus, crâneo, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido e presença de infecção local

Posição do Paciente no Trans-Operatório: ☒ Dorsal () Ventral () Lateral D () Ginecológica

Contm: () Dorsal () Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: ☒ Sim () Não Local da Placa: ☒ Panturrilha () Face Posterior do Coto () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPI ☒ Clorexidina () Outros:

Cateteres e Drenos: SVD nº () 2 vias	() Acesso central	() Sonda nº
() 3 vias c/irrigação	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso periférico	() Penouse nº
Antisséptico utilizado	MS ()	() Dreno sucção kher
Balão insuflado com ml	() Acesso venoso periférico	() Dreno de blacker nº
Passado por:	MS	() Dreno de torax nº

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Peridural () Raque () Geral ☒ Bloqueio de Fim de do Sedação

() Sedação () Local () Tubo Endot. nº Flo guia: () Sim () Não () Gu

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 14:30 Hora do Término: 16:00

Intercorrências: () Sim ☒ Não Qual:



Hospital Samaritano

Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Cirúrgicos

Etiqueta de identificação do paciente	Paciente:	Paulo Roberto S. de Souza		
	Nome da Mãe:	Maria R. S. de Souza	Data:	01/04/11
	Cirurgião:	Antonio Lacerda	Origem:	
	Convenio:	Amil	2ª Cirurgião:	
	Cirurgia:	Fratura de punho		

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 Samaritano em João Pessoa.

Nome do Paciente: Paulo Roberto S. de Souza RG: 4106646

Nome do Médico: Antonio Lacerda CRM: 5078

Procedimento Cirúrgico: Fratura de punho

Data da realização: 01/04/11

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 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, inclusive risco de morte.
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 anestesiológico, 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: Maria R. S. de Souza

João Pessoa, 01 de 04 de 11

Termo de Responsabilidade Médica

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: _____

João Pessoa, ____ de ____ de ____



Hospital Samaritano

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia e Sedação

Etiqueta de identificação do paciente	Paciente:	Paulo Roberto Sobrinho de Souza		
	Nome da Mãe:	Mônica Alves S. Souza		
	Cirurgião:	Antonio Lacerda	Data:	01/09/11
	Convenio:	Ramil	2ª Cirurgião:	
	Cirurgia:	Fratura de punho		
		Origem:		
		Anest.		

Autorizo o Dr^(a) Antonio Lacerda, CRM. 5078, ou outro médico credenciado ao Hospital Samaritano a realizar o procedimento de anestesia/sedação para o procedimento: Fratura de punho ou Exame: _____, a qual serei submetido em 01/09/11.

A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente / Responsável Legal

Nome: Mônica Alves S. de Souza RG: 056.865.344.02
Data de nasc.: 15/06/1974 Grau de parentesco: Esposa
João Pessoa, 01 de 09 de 11

Mônica Alves S. de Souza
Assinatura do Paciente / Responsável legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM _____, expliquei o procedimento de anestesia/sedação ao paciente anteriormente identificado, ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização dos procedimentos propostos.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar se de situação de Emergência.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura / Carimbo Médico
(responsável pelo procedimento)

PAULO ROBERTO ALVES SALVINO DE SOUZA
CONVÊNIO: AMIL DATA: 1/09/2017

53

672025



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	
2	SORO RINGER 1000 ML EV LENTO PARA MANTER VEIA	16:30
3	CEFALOTINA 1G + AD EV DE 6/6 HORAS	19:00 (13)
4	TRAMAL 50MG EV DILUIDO EM 100ML SF0,9% DE 8/8HS	23:00
5	DIPIRONA 2G EV DILUIDO DE 6/6 HS	03:00
6	NAUSEDRON 4MG EV DILUIDO DE 8/8HS SN	51M
8	CCGG E SSVV	20:00
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

IMOBILIZAÇÃO

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

IENTE SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS E ENCAMINHADO À RECUPERAÇÃO.

Dr. Antônio A. de Lacerda
Cir. de Mão - CRM 5078
Whatsapp 99141-1983

Servidor da Farmácia

Farmacêutico

Glauce Camila da Oliveira Guedes
Enfermeira
COREN 454096

* 02/09/17

Dr. Antônio A. de Lacerda
Cir. de Mão - CRM 5078
Whatsapp 99141-1983

Av. Santa Julia, 35, Bairro da Torre, João Pessoa/PB
CEP: 58040-450. Tel: (83) 3048-2100

112544

Alber

D'Imagem

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



CLIENTE: PAULO ROBERTO A. SALVIANO DE SOUZA
MED. SOLIC: ANTONIO A. DE LACERDA
DATA: 01/09/2017 CONVÊNIO: AMIL

RADIOSCOPIA (ARCO-CIRURGICO)

Procedimento cirúrgico realizado para acompanhamento de fixação metálica em fratura na Mão esquerda.

OBS.: NÃO IMPRESSO

*"As Palavras de Deus são vida para
os que as acham e saúde para o corpo".
PV;cap6.vs20-22(adaptado).*

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, porque as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as Diretrizes do método.


D'Imagem - Diagnóstico por Imagem LTDA.

CNPJ: 11.845.526/0001-17, Av. Santa Julia, 36 (Corredor Principal do Hospital Samaritano) - Torre - João Pessoa/PB,
CEP 58040-140, FONE/FAX: (83) 3011-2229 | E-mail: d'imagem@ymail.com.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUSA



CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

Nome: PAULO SALVIANO DE SOUSA
Mãe: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUSA

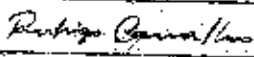
CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

PROVIDOR PLASTIFICAR

744824219



CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

CPF: 2786644
RG: 875.376.674-07
Data de Nascimento: 16/04/1980

SABER SECUNDARIA SIA

16 JAN 2013

RECEBIDO



IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.906/94)

USO OBRIGATORIO

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS

10254462

CAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

Josep Vinicius Moreira

16 JAN 2012

RECEBIDO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

FILIAÇÃO
JOSE MARCON MOREIRA
RISSELA MARIA HIPOLITO E SILVA MOREIRA

ESTADUALIDADE
ALAGOA GRANDE-PB

RG
2941109-SS-APB

DOADOR DE ORGÃO E TISSUE
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
21/03/1988

CPF
055.801.774-81

VIA
EXPERIÊNCIA EM
01 05/03/2012

SEZERY CAVALCANTE SOBRINHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180043079 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de escafoide esquerda, fratura de rádio esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180043079 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de escafoide esquerda, fratura de rádio esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180043079 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO E CABEÇA DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PUNHO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTESE COM PARAFUSOS NO PUNHO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO COTOVELO DIREITO, FEZ FISIOTERAPIA. HOVE CONSOLIDAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180043079 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO E CABEÇA DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PUNHO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTESE COM PARAFUSOS NO PUNHO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO COTOVELO DIREITO, FEZ FISIOTERAPIA. HOVE CONSOLIDAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





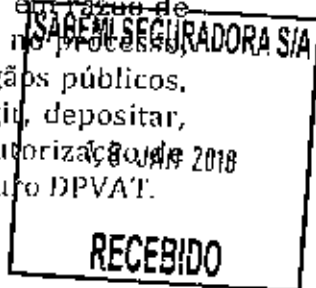
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: TEC. LÍTERA Nº DO RG: 04839822403
ORGÃO EMISSOR: DETRAN - PB DATA DE EMISSÃO: 09/05/13
Nº CPF: 077.376.674-07 ENDEREÇO: RUA RODRIGUES ALVES, N.º 48
ALTO DO CÉU, JOÃO PESSOA - PARAIBA

OUTORGADO: DIOGO VINÍCIUS HIPOLITO E SILVA FIORCIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 17.065
ORGÃO EMISSOR: OAB - PB DATA DE EMISSÃO: 05/03/12
Nº CPF: 055.801.724-61 ENDEREÇO: R. MARIA APARECIDA NEIVA DE
GOVEIA, N.º 72, APT.º 704, JARDIM OCEANIA, JOÃO PESSOA - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA, a quem tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) entrar no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transgitar, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorizações de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



João Pessoa (PB) _____, 09 de JANEIRO _____ de 2018

Paulo Roberto Alves Salviano de Souza
Assinatura:

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, para autenticidade, autêntica ou verdadeira.



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 95.878-0

Av. Presidente Epitácio Pessoa, 118 - Barragem - João Pessoa/PB - CEP 58036-900 - Fone: (33) 3244-3400 - Fax: (33) 3244-3401

Reconheço por autenticidade a assinatura de PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

a qual contém com o padrão registrado nos autos, em 16 de

João Pessoa, 15 de Dezembro de 2017

Em nome do outorgante, de verdade.

MARCELO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrevente (Qtd 1: Total R\$ 11,81)

Relat. Digital da Fracção: Tipo Normal B: A0D52966-3UYX

Confira os dados do ato em: <https://portal.digitat.net/jpb-joa-pb>