

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

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 n°: 12373770

A/C: 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

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM SINISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSL

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 Alves Salviano de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Paulo Roberto Alves Salviano de Souza

CPF titular da cr. via

077.376.674-07

Profissão

DESEMPREGADO

Endereço

98

rua

Rua Rodrigues Alves

número

98

cidade

João Pessoa

Estado

PB

CEP

58027-340

Telefone (DDDI)

83 98630-1130

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSSO 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\$ 5.101,00 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):

BANDES (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (311)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0729

CONTA

255 65

09

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO

001

AGÊNCIA

0729

09

CONTA

SABEMI SEGURADORA S/A

001

16/01/2018

(Inserir dígito se existir)

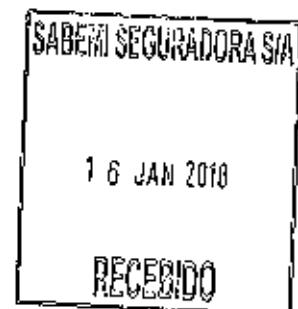
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

João Pessoa 09 de Janeiro de 2018
Local e Data

Paulo Roberto Alves 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 Vítimas 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 João Pessoa PB CEP: 58027-345

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2706646

Data local do exame: [02/02/2018] João 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 DEFÍCIT 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO

Data da alta: 18/12/2017.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTSE COM PARAFUSOS NO PUNHO ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESELLADA NO COTOVELO DIREITO, FEZ FISIOTERAPIA.

HOVE CONSOLIDAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PUNHO ESQUERDO E COTOVELO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 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.


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

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



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, telefones(s) para contato (83) 98734-9234.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Golfo da China, Próximo à Galeria Intermares, Cabedelo/PB, bairro Intermares; 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 YBR 125 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.

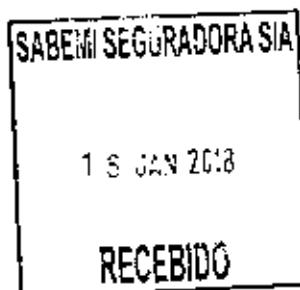
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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 LIDER (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

0800 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 3 ("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 ALVES SALVIANO DE SOUZA

CPF da Vítima

077.376.674-07

Data do Acidente

21/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (0300)

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 5.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 provimento 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 do respectivo pedido.

SABEMI SEGUROADORA S/A

16 JAN 2018

Com o objetivo de permitir o exame da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a abertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o envio da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter ao ato médico 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 do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

- 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 Alves Salviano de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



10

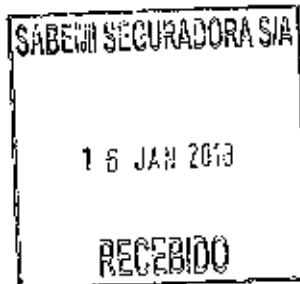
2
REGIONAL JOÃO PESSOA

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
Estatístico
CREJS - Número: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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: 00000025565-9

Nr. da Autenticação 499D051AACC96487



PAULO SALVIANO DE SOUZA
FLA ROCEROLLES ALVES, 35 - MARACAJAÚ
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58277-341 (AG. 7)

Entrega 05/11/2017 Referência Nov/2017
Cidade/Estado: PB DESENHO RESIDENCIAL MONOFÁSICO 220V 1m² - Cada Residencial João Pessoa PB - CEP 58110-000
Referência: 2-1-210-2017
R\$ medidor: R\$ 0,00000000

ENERGISA PARAÍBA - DIST. PIAUANHABA DE ENERGIA S/A
Av. José 035, 1621 - Centro - João Pessoa PB - CEP 58010-000
R\$ 0,00000000

R\$ 0,00000000
R\$ 0,00000000

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAN
Nov / 2017 08/11/2017 07/12/2017 25066385468

UC (Unidade Consumidora): 5/221401-3

Canal de contato

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRU SIMETRICO
ACENTUACAO DE VOTACAO E OBRIGATORIA E GRATUITA,
OUTRO REGIONAL E ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO PROCURE EM CAIXA ELEITORAL
MAS PRONOMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Datas: 07/10/17 Lectura: 20493	Datas: 09/11/17 Lectura: 20777		256	33

Demonstrativo
Quilowatts Tarifa: R\$ 0,764510 Alm. Km²/R\$ Base Cál. Pec/R\$ Cálculo/R\$
Tributos: IPI/R\$ ICMS/R\$ CINAS PIS/Cofins/R\$ IPI/ICMS/R\$ IPI/21,08%

001 Deságua	288.059	0,764510	223,34	223,34	27	50,20	322,34	2,57	13,61
001 Consumo em R\$			17,44	17,44	27	4,71	17,44	0,22	1,01
001 Adm. S. Vistoria									

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
0007 CONTRIB SERV CUMP PÚBLICA 0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00
0008 JUROS DE MORA 16/11/2017 0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00
0009 MTA 16/11/2017 0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONTAÇA 16/11/2017 0,10 0,00 0 0,00 0,00 0,00
0009 COMPLEMENTO P. REALISTE 16/11/2017 0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00

16 JAN 2018

RECEBIDO

001 Deságua de Cisterna/dep.积淀池 TOT/41 275,75 240,76 65,01 240,76 3,00 14,74

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO
2017 16/11/2017 TOTAL R\$ 275,75

Histórico de Consumo (kWh)

256 | 239 | 235 | 312 | 317 | 402 | 303 | 385 | 256 | 279 | 284 | 218
Out/17 Set/17 Ago/17 16/11/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/18 Dez/18 Nov/18

5562.ef3c.de92.1be6.184a.221c.39c6.00c7.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
4,95	0,00	NOVITAL 220
5,91		
19,32		
2,75	0,00	CONTRATADA 202
12,95		ESTATE SUPERIOR 221
2,77	0,00	ESTATE SUPERIOR 221
2,05		

Descrição	Valor (R\$)	%
Entrega de Dto de Energia/16/17	56,35	16,50
Corrida de Freio	79,02	28,70
Entrega de Fazendinha	0,41	0,05
Entrega de Selo	19,76	7,01
Imposto Distrito e Energia	31,92	11,38
Outras Sistec	19,76	7,01
Total	275,75	100,00

Vencido 05/11/2017 R\$ 275,75

ATENÇÃO

Faturas em atraso



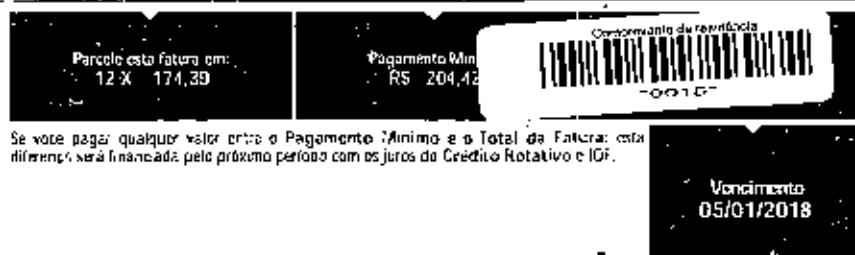
SANTANDER STYLE PLATINUM

Nº DO CARTÃO 5155 XXXX XXXX 3827 | MASTERCARD

2/3

Limite Total de Crédito	R\$ 6.600,00
Limite para saque à vista**	R\$ 6,00
Limite disponível em 20/12/2017	R\$ 2.516,92

*A utilização desse limite comprometeria o limite total no cartão.



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 vencem no mesmo faturamento acima.

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%

Propagado apenas o valor mínimo dessa fatura até a data de vencimento, o valor dos juros e impostos a ser pago na próxima fatura será de: R\$ 120,93.

Data de fechamento desta fatura 20/12/2017

Previsão de fechamento da próxima fatura 23/01/2018

Conveniência

Parcela o total desta fatura em:

24 X 128,61 18 X 142,49 15 X 154,81 11 X 183,57
08 X 226,03 06 X 279,24 04 X 387,25

PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:

Fazer um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento dessa fatura. O valor da parcela já inclui IOF e taxa de juros. Caso em atraso, devem consultar a Central de Atendimento Santander antes de emitir a fatura.

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

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

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.santanderesfera.com.br ou ligue para a Central de Atendimento Santander.

Importante

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

RECEBIDO

Santander	Pinfis	033-7	03399.49281 36981.735404.44101 601027 1 0000000000000000
Número do Pagador: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREI - CNPJs/CPF: 065671110-07 R. MARIA APARECIDA NEIVA GOUVEIA 72 - AP 404 JARDIM OCEANIA CEP 58037-267 JOAOPESSOA PB			
Nome e Número	Número do Documento	Data de Vencimento	Valor da Documento R\$
813940441016	437066000053090	23/01/2018	1.352,00
Valor pago R\$			
Banco: Banco Santander (Brasil) S.A - CNPJ: 90.410.683/0011-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep: 01545-011			
Agência / Código: Recife-paraíba		Autenticação Mecânica	
050144928269			

Santander	033-7	03399.49281 36981.735404.44101 601027 1 0000000000000000	Santander
Agenzia Recibidor Pagável prioritariamente no banco Santander			Urgência
Recibo-boleto			05/01/2018
Banco Santander (Brasil) S.A - CNPJ: 90.410.683/0011-42 Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep: 01545-011			Agência/Cod. Beneficiário
Date Documento	Número do Documento	Espera	Atenc.
20/12/2017	437066000053090	17.01	N
Uso Banco	Documento	Espera	Data Process.
CEN/IRI	CNPJ	HS	Atenc. N.
Data Process.			
Número Número			
8171540441016			
Total desta Fatura R\$ 1.352,00			
Pagamento Mínimo R\$ 204,42			
Valor Pago R\$			
RECEBIDO DO CLIENTE			
Autenticação ao verso			

DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREI
R. MARIA APARECIDA NEIVA GOUVEIA 72
AP 404 JARDIM OCEANIA
58037-267 JOAOPESSOA PB



Pagado
Autenticação Mecânica
Fim da Compra/Compra



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO / 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 0221306 (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.ASP?XTIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular Susep¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹Superintendência de Seguros Privados – Susep, é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada a vista, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Diego Vinícius H. e S. Alves inscrito (a) no CPF/CNPJ 055801774-61, na qualidade de Provedor (a) / Intermediário (a) do beneficiário Paulo Roberto Alves S. de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.376.674-07, 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:

SABEMI SEGURADORA S/A

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-OPVAT, 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.

RECEBIDO

Endereço	Número	Complemento
R. N° Aparecida Neiva de Oliveira	42	Andar 04
Bairro JD Oceania	Estado PB	CEP 58037-267
Cidade João Pessoa		Telefone celular (DDD) 83 3576 8980
Email diogoroda@hotmail.com		83 986301130

João Pessoa, 30 de Janeiro de 2018

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 250.683.854-68,
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado
de PB, onde resido 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 Munes Salviano de Souza, cujo o condutor
era Paulo Roberto Munes Salviano de Souza.

Veículo.....: YAMAHA FACTOR 125 K
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2011
Placa.....: MOR 1942 - PB
Chassi.....: 9C6KE1520B0025577
Data do acidente: 21/08/2017

SABEMI SEGURADORA S/A
16 JAN 2018
RECEBIDO

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

X

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

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS
Órgão: **Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais**
Endereço: **Rua Presidente Vargas, 100 - Centro - João Pessoa - PB**
CEP: **58010-000** - CNPJ: **14.349.444/0001-25**
Site: **www.crcpb.org.br** - E-mail: **cartorio@crcpb.org.br**

Reconheço por autenticidade a assinatura de PAULO SALVIANO DE SOUZA,
e qual consta com o pedido registrado nesse cartório, dia N.
João Pessoa, 15 de Dezembro de 2017
Em 15/12/2017
Em 15/12/2017

MARCELO TIMÓTEO DE OLIVEIRA - Escrivão (folh. 1) Total R\$ 11,81
Cartório Digitalizado. Código: AG002067-80200
Confira os detalhes do ato em: <https://seadigital.tjpb.jus.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 colovelo E e joelho D, queixa ainda de dor à palpação e movimentos do colovelo 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 colovelo E - AP e P

RX do punho D - AP e P

RX do joelho D - AP e P

SABEMI SEGURADORA SIA

16 JAN 2018

RECEBIDO

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 CRM: 2516
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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORÉSTES 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	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA				Pai PAULO SALVIANO DE SOUZA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988985730	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 04839822403	Nº Cns		
Local de procedência INTERMARES		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58027345	Município de residência JOÃO 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	UF PB	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL			
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Origem do paciente RUA
			Data da ocorrência QUEDA / OUTROS

SABEM SEGUROADORA SIA
16 JAN 2013
RECEBIDO

20/08/2017
20/08/2017
Plano

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	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

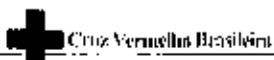
Exames complementares

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

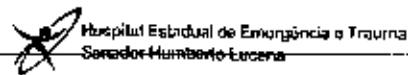
*Placenta vítima de queda de moto
Gênero feminino, neonatal*

*Assinatura: F.N. Arruda
Assinatura: F.N. Arruda
Data: 25/08/2017*

*Assinatura: F.N. Arruda
Assinatura: F.N. Arruda
Data: 25*



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

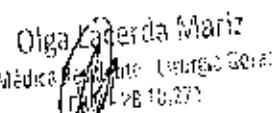
Nome PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	Data de 16/04/1988	Idade 29	Sexo MASCULINO	Nº 1022112	Nº	Data Prescrição 21/08/2017 15:38:42
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 21/08/2017 15:38:42		

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: 10271


 Olga Lacerda Mariz
Médica - CRM: 10271
Data: 21/08/2017

21 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





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 15:30:25	Data Baixa 2017-08-21 20:24:06,0
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	Telefone do Contato (83) 988985730
Mae 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 ESCAFÓIDE ESQUERDO CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO E PRSCREVO TRAMAL E CFTOPROFENO

PROCEDIMENTO

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

CID10

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

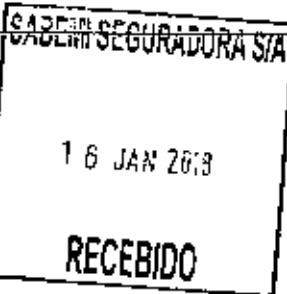
Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário
JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHOData e Hora
21/08/2017 20:24:06Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

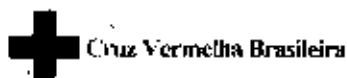
Observações



JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

(7149/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

País	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	1022112	21/08/2017 15:30:25	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/04/1988	29	Masculino	(83) 988985730
Mãe			Prontuário
MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			
Enderço	Bairro	Município	UF
RODRIGUES ALVES, 88	MANDACARU	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	10271/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
21/08/2017 15:30:25		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 EDÉMA, SEM CREPTAÇÃO. TORAX E ABDÔME SEM ANORMALIDADES. C.D. 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	SABEM SEU RÁDIO
T14.9	Traumatismo não especificado	SABEM SEU RÁDIO

Conduta

Em observação

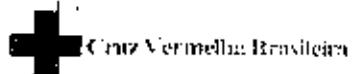
16 JAN 2018

RECEBIDO

Olga Maria Santana Lacerda Mariz
Médica de Emergência e Trauma
CID10 - PB 10271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Te: 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	Telefone de Contato (83) 988985730
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			Prontuário
Endereço RODRIGUES ALVES, 98	Bairro MANDACARU	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 15:30:25		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 16:24:22	

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)

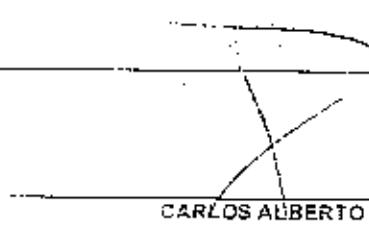
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V. AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

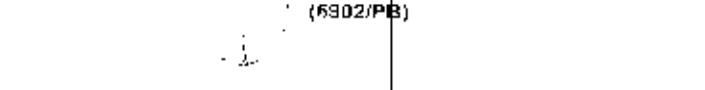
EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APÉNDICULARES. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO FRATURA ESCAFOIDE ?)

Conduta

Em observação


CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(6902/PB)


PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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	Aprazamento
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML		E.V.		ACORA	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



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 escafóide, sem diastase ou desvio significativo dos fragmentos.
Não há evidências de calcificações periarticulares.

Densidade óssea normal.

Espaços articulares conservados.

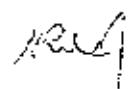
Pequeno derrame articular.

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



PACIENTE: PAULO ROBERTO SALVINO DE SOUZA
CONVÉNIO: 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

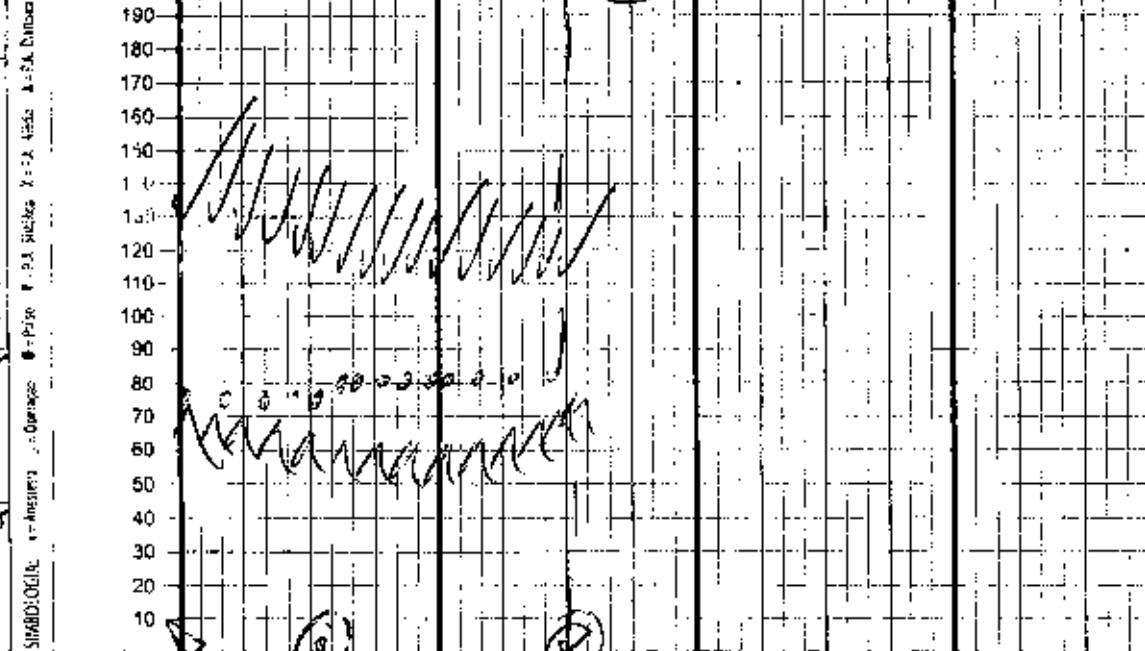
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA NO MEMBRO SUPERIOR ACOMETIDO
 - INCISAO DE 5CM VOLAR
 - TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO
 - TENOTOMIA
 - REDUÇÃO DA FRATURA DO ESCAFOIDE COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
 - REPARAÇÃO LIGAMENTO
 - REVISÃO DE HEMOSTASIA
 - SUTURA DE SUBCUTANEO
 - CURATIVO
 - TALA LUVA
- MATERIAL USADO:**
- 01 PARAFUSO ESCAFOIDE
 - 02 FIOS GUIAS

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

PRESSAO INICIAL (mmHg)	PRESSAO FINAL (mmHg)	FUCO (mmHg)	TEMP (°C)	ESTADO MENTAL	ASA 1 2 3 4 5 6 E	CONVERG	APENAS
130x70	100x80	47	36.5	LEITE	1 2 3 4 5 6	E	
CRUROGRAMA				ANESTÉSICO			
AUXILIAR 1				AUXILIAR 2			
ESTOQUE DE ESCAFÓIDE ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR				ESTOQUE DE ESCAFÓIDE COM FIXAÇÃO			
ENTO REALIZADO: TREATAMENTO CIRÚRGICO DA FRACTURA DO ESCAFÓIDE COM FIXAÇÃO				ESTADO DO PACIENTE			
14:30H TÉRMINO (H)				DURAÇÃO (H)			
16:00H 1H 30MIN				EMERGÊNCIA SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DROGA <input checked="" type="checkbox"/>			
ID DO PROCEDIMENTO				MBF			

AUTORIZAÇÃO		X OXIGÉNIO					
EST. CHECADO		<input type="checkbox"/> N ₂ O / AR					
IOSCÓPIO		<input type="checkbox"/> SEOFURANO					
ESTR. DE PULSO		<input type="checkbox"/> C					
OGRAFIA		<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA					
ANI. NÃO INVASIVA NÃO C.I.		<input type="checkbox"/> MANUAL					
DE NERVOS		<input type="checkbox"/> MECÂNICA					
Nº		<input type="checkbox"/> O ₂ XIMETRIA		100 / 98 / 98 / 98			
ISO VENOSO		<input type="checkbox"/> ETCO ₂					
P.V.		<input type="checkbox"/> BIS					
ECG		250 / 250 / 250					
R.M.							
ATH		220					
J.MEN.							
SA DE INFUSÃO							
AEREA DIFÍCIL							
<input type="checkbox"/> NÃO D.							
INTUBAÇÃO							
PROTRAQUEAL							
ASOTRAQUEAL							
RAQUEOSTOMIA							
ANULA GUEDEL							
MASCARA FACIAL							
ATESER NASAL							
ALERGIAS		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
GUMA MEDICACAO		<input type="checkbox"/> NÃO					
SINDROLOGIA							

LÍQUIDOS SIZL 1500 ml



Paciente:	Paulo Rehente Alves S. de SOUZA			Convênio: A msl
Cirurgia:	Funi de encoparéde ci leud 1/2 antral			Data: 01/09/2014
Cirurgião:	Dr. Antônio Almeida			Anestesista: 01
Auxiliar 1:	Dr. Bruno Mendes			Anestesia: Bloqueio de PLEX
Auxiliar 2:				Circulante: Gutilino
Instrumentador:	Fernando + genitca			Idade: 290
MEDICAMENTOS				
Água Destilada 10 ml	Droperidol	00	Nimblum	10ml
Adrenalina	Etomidato		Neomicina Pomada	Transalim
Amiodarona	Efedrina		Neocalina Isobérica	Tramal 50mg
Amiodarona	Fenergan		Neocaína Pesada	Tracrium
Atropina	Fentanil 2ml	01	Novabupi 0,5 c/v	01
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v	
Ecscopatol Composto	Flagyl 500mg		Nubain	Ultiva 2mg
Busconem Simples	Fenitoína		Omeprazol	Urasyn 2g
Brycarn	Flumazenil		Oxacilina 500mg	Xylocaina 2% Fr. Cidrof C.L.
Cloridr. 50%	Gentamicina		Pavalon	Xylocaina 2% 5ml
Cipro 200mg	Glicose 50%		Plasil	Zlocaina 2% geléia
Duo Decadron	Hidrocortisona		Procedex	Dramin 86
Dimex 0,2mg	Kefim 1g	02	Propofol	Vitamina C
Dimox 10mg	Kefazol 1g		Prostiguimine	Vitamina K
Candér 1mg	Ketalar/Ketamin		Quelicim mg	Vitamina B
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Rapifen	Sevorane (ml)
Dipirona Sódica	Lasix		Ranitidina	Historano (ml)
Dolosal	Uquemine		Rocefin 1g	Forine (ml)
Dormerid	Narcan	01	Telebrix	
Diazepam	Nauseodron			
SOLUÇÕES				
Soro fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	03	PVPi Degermante	Clorhexidina 2% degerm. 100 ml
Soro fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1l		PVPi Tintura	Clorhexidina 2% alc. 100 ml
Soro fisiol. 0,9% 250ml	Surisole		PVPi Tópico	Eter
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol			Aikosi 70%
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven			
MATERIAIS DESCARTÁVEIS				
Agulha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias	01	Catucco se Ligaclip
Agulha 25x7G	01	Dreno Penrose 1	01	Paçuelos seta
Agulha 40x12G	01	Dreno Penrose 2	01	Sonda Gástrica 18
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	01	Sonda Gástrica 20
Agulha Raqui 25G		Dreno Succão 3,2	01	Sonda Uretral 4
Agulha Raqui 27G		Dreno Succão 4,8	01	Sonda Uretral 6
Agulha Peridural 18G		Dreno Succão 6,4	01	Sonda Uretral 8
Ajuda Peridural 17G		Dreno Tórax 32	01	Sonda Uretral 10
Ajuda Peridural 18G		Dreno Tórax 36	01	Sonda Uretral 12
Ajuda de Bloqueio Plexo	01	Dreno Tórax 38	01	Sonda Uretral 14
Belco 14G		Espadrapo 30cm	01	Seringas 2 vias
Belco 15G		Eletrodos	05	
Belco 18G		Equipo Macrogotas	01	
Jelco 20G		Equipo Microgotas	01	
Jelco 22G	01	Escova degermante	01	
Jelco 24G		Forro Descartável	01	
Atadura Creponi 15cm	02	Gaze Pacote	01	Sonda Foley 3v 18
Atadura Creponi 30cm		Gelfoam	01	Sonda Foley 3v 30
Atadura Gessada		Surgicel	01	Sonda Foley 3v 22
Colutor Sist. Aberto		Intracath	01	Sonda Foley 2v 17
Colutor Sist. Fechado		Catéter monolúmen	01	Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico	01	Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16		Capa VDL	01	Sonda Foley 2v 18
EQUIPAMENTOS				
Aspirador	Capnógrafo		Fonte de Luz	Ex. - laco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	CO2		Monitor	Inscopéma
Bomba de Infusão	Oxigênio	01	Respiradur	Pera Cirúrgica
Carro de VDL	Nitrogênio		Oxímetro	Dermap



Hospital Samaritano

Notificação de OPME

Nome: Paulo Roberto A. Silviano de Souza
Convênio: Amil Data: 01/09/14
Cirurgia realizada: Extrusão Extraporal

Fornecedor: PE Implantus

Equipe médical:

- Cirurgião: Antônio Almada
 - 1º Auxiliar: Bruno Montenegro
 - 2º Auxiliar: —
 - Anestesista: Duiz Bruxi
 - Instrumentador: 1º Fernando
 - Circulante: qualina

Quantidade	Material
01	Flexiflux C86 2.4x 23 mm
02	Fixo Líquido 1.5 mm

Preenchido por: Adriana de Almeida

~~Vivianne Cordeiro de Almeida
Entomologista
COREN-PB 295669~~

Data: 01/09/17



IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Paulo Roberto G. Solum da Souza

Atendimento: 711010

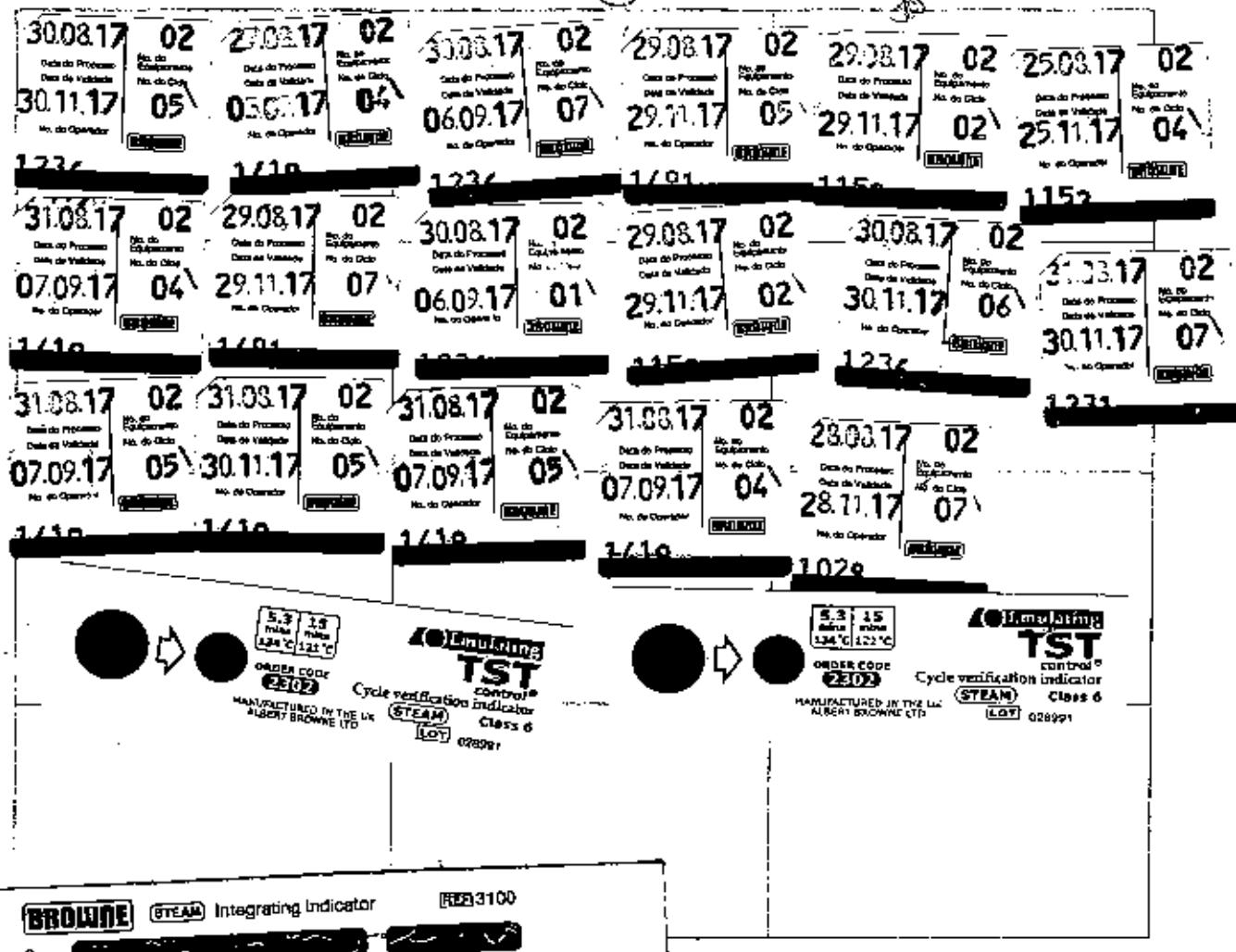
Convênio: Amil

Cirurgia: Frot. de esofago de cirrose ligamentosa

Cirurgião: Drs. Antônio Jardim e Drs. Bruno Monte negro

Sala: 04 Data: 01/09/2017

Circulante de sala (não rubricar): Jucilina Jucilina
téc. de Enfermagem
COREN-PE 577687



BOWNE STEAM Integrating Indicator **BB3100**

3 Reject (NO) Accept (OK)

Type 5 / ISO 11140-1 Dark box must enter accept window

02718 EXP 9/2021-07-01

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – SALVA VIDAS

REFUSO: 4872025
 NOME: PAULO RICARDO A SAI VIANO DE SOUZA
 ID: 16041988 (30 ANOS)
 MAE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA
 CONVENIO: AMILAPTO
 INTERNAÇÃO CIRÚRGICA DATA: 09/08/2017

Paciente:	<i>Paulo Ricardo Sá Viana de Souza</i>	Data:	<i>01/08/17</i>
me da Mãe:		Convenio:	<i>Amil</i>
Jurado:	<i>Antônio Moreira</i>	1º Aux.Cirurgião:	<i>Luciano</i>
Anestesista:	<i>Lucas Liconi</i>	Circulante:	<i>Jucelino</i>
Cirurgia:			

1 – PRE-OPERATORIO (INTERNAÇÃO CIRÚRGICA)

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 *7* mmHg ()DM: *100* mgH/dl

TAX^a:

Banho com clorexidina 4% (implante)

()Sim ()Não ()NA

Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral)

()Sim ()Não ()NA

Tricotomia Hora:

()Sim ()Não ()NA

Retirou adomos e/ou próteses

()Sim ()Não ()NA

Usa marcapasso

()Sim ()Não ()NA

Termo de consentimento

()Sim ()Não ()NA

1.2 Fez uso de profilaxia antes da cirurgia?

()Medicamentosa, horas: *1*

()Mecânica ()Não

1.3 Lateraldade?

()Direita ()Esquerda ()NA

1.4 Alergias?

()Sim ()Não

QUAL:

1.5 Porta exames?

()Impressos ()CD

Avaliação pré anestésica?

()Sim ()Não ()N/A(Urgência/Emergência)

1.6 Administrado medicação pré anestésica?

()Sim ()Não ()NA Hora: *10:00*

1.7 Transporte conforme protocolo?

()Sim ()Não


 Assinatura / Cálculo Coren

2 – ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

2.1 Checagem de equipamentos

()Carrinho de anestesia + Alarmes ()Aspirador

()Oxigênio + Agentes Inalatórios

()Bisturi elétrico (placa + cabo)

()Realizado desinfecção da sala, n^o *1*

()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 Vía aéria 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

Jucelino Faustino

Téc. de Enfermagem

Assinatura / Cálculo Coren

3 – ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função: ()Sim ()Não

3.2 Antibiotycoprotaxia feito (30/60min) antes da incisão? ()Sim ()Não Qual: *10:00*

3.2.1 Realizar repique (antibiótico) em cirurgia >3hs

()Sim ()Não

3.3 Realizado antisepsia do campo operatório

()Sim ()Não Com quê: *10:00*

3.4 Equipe médica conformou verbalmente

()Paciente ()Procedimento

3.5 Imagem disponível?

()Sim ()Não ()NA

3.6 Uso seguro do Eletrocautério, 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

Jucelino Faustino

Téc. de Enfermagem

Assinatura / Cálculo Coren

4 – AO TÉRMINO DA CIRURGIA

4.1 – Equipe conforma verbalmente:

()Nome do procedimento realizado

()Peça cirúrgica corretamente fechada

()Repique antibiótico-profilático (*> 3hs*)

()Transporte do paciente (em bloco)

()Drenos, sondas e acessos pinçados e identificados

4.2 – SSVV

PA () X () TAX () C

4.3 Destino

()URPA ()APTO ()UTI

Jucelino Faustino

Téc. de Enfermagem

Assinatura / Cálculo Coren

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 4872025
NOME: PAULI ALVES SALVIANO DE SOUZA
DTN: 10/07/1988 (29 ANOS)
MAP: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA
CONVENIO: AMILAPTO
INTERNAÇÃO CIRÚRGICA DATA: 01/09/2017

Paciente:	Bruno Roberto Alves	Data:	01/09/17
Nome da Mãe:		Convenio:	Amil
Cirurgião:	Antônio Mmuchi	2º Cirurgião:	Bruno
3º Cirurgião:	—	A test.	Luiz Bress
Cirurgia:		Origem:	

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: () Recepção () Urgência () Enfermaria (X) Apartamento () UTI

Prótese dentária: () Sim (X) Não

Jejum: (X) Sim () Não

Uso de Medicações: () Sim (X) Não Qual:

Alergias: () Sim (X) Não Qual:

Morbididades: () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Asma () Outros:

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Puncão Venosa: (X) Periférica MS D () Subclávia () Dissecção Venosa () Jugular

Posição do Paciente no Trans-Operatório: (X) Dorsal () Ventral () Lateral E/ D () Ginecológica

Sondagem Vesical: () Sim (X) Não nº () 2 vias 3 () 3 vias c/Irrigação

Tipo: () Demora () Alívio

Presença de Diurese: () Sim () Não obrigado

Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural (X) Sedação () Local () Geral Venosa

Destino: (X) Apto () UTI () Alta Hospitalar () Óbito () URPA Hora da Sairar: _____ hs

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As 14:30 horas paciente esteve sobre para submeter a cirurgia em HSE.
Conscientes, orientado, não apresenta alergias e morbididades.
Após procedimento realizado paciente liberado para o ambiente sem intubações.

Vivianne Cardoso de Almeida
Enfermeira
COREN-RS 295669

Assinatura do Enfermeiro (a)
COREN



Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 4672023 NOME: PAULO RODRIGUES DA SALVIANO DE SOUZA DNI: 16041938 (29 ANOS) MAE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA CONVENIO: ANIL/AMPTO INTERNAÇÃO CIRURGICA DATA: 01/08/2017	Paciente:	Data: 1 / 1
	Nome da Mãe:	Convênio: Anil
	Cirurgião: Drº. Rui M. M. P.	2º Cirurgião:
	3º Cirurgião: Dr.	Anest. Drº. Prado
Cirurgia: Trat. da o. coper. d.	Origem: AP 53	

ADMISSÃO

Recepção do Paciente: (X) Paciente Interno () Paciente Ambulatorial () Cirurgia Electiva () Cirurgia de Urgência
Venoclise: () Sim (X) Não () Periférico - MS () Central

Estado Geral/ Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 138/59 mmHg Pt: _____ dias: _____ hpm: SPO2: 100

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: (X) limpa: epiderme, subcutâneo, músculo esquelético, nervoso e cardiovascular
 () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminado: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectado: tecido e presença de infecção local

Posição do Paciente no Trans-Operatório: Dorsal Ventral Lateral Ginecológica

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

Risco Elétrico: (X) Sim () Não Local da Placa: (X) Panturrilha () Face Peitoral () Abdominal () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPi () Clorexidina () Outros:

Catéteres e Drenos: SVD nº 2 vias
 3 vias c/irrigação
 Antisséptico utilizado _____
 Balão insuflado com _____ ml
 Drenos de torax _____

() Acesso central
 Acesso venoso periférico
 MS
 Acesso venoso periférico
 MS _____

_____ ml _____
 _____ ml _____
 _____ ml _____
 _____ ml _____
 _____ ml _____

Passou por: Astomias Traqueal Cística Local

Tipo de Anestesia: () Peridural () Ráqui () Geral () Bloqueio de Pernas () Infusão de Sedação

Flu-gula: () Sim () NÃO () Gru

Servicios Requisitados: Banco de Sangre Radiología Laboratorio

Hora do Início: 09:30 Hora do Término: 16:00

Intercorrências: () Sim (x) Não Qual:



Hospital Samaritano

Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Cirúrgicos

Eiqueta de identificação do paciente	Paciente: <u>Paulo Roberto Soárez de Souza</u>	Data: <u>01/09/14</u>
	Nome da Mãe: <u>Maria Auxiliadora S. de Souza</u>	Origem: <u></u>
	Cirurgião: <u>Antônio Salcedo</u>	
	Convenio: <u>Amil</u>	2º Cirurgião: <u></u>
	Cirurgia: <u>Fratura de Pernas</u>	Anest.

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 Soárez de Souza RG: 3106646

Nome do Médico: Antônio Salcedo CRM: 3078

Procedimento Cirúrgico: Fratura de Pernas

Data da realização: 01/09/14

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 anestesiologista, 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. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: Marizilda E. de Souza

João Pessoa, 01 de 09 de 14

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 _____



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia e Sedação

Etiqueta de identificação do paciente

Paciente:	Paulo Roberto Suhriote do Souza		Data:	01/10/11
None da Mãe:	Mayádele S. Souza		Origem:	
Cirurgião:	Antonio Lacerda		Anest.	
Convenio:	Bmil		2º Cirurgião:	
Cirurgia:	Fractura de Pernô			

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: Fractura de Pernô ou Exame: _____, a qual serei submetido em 01/10/11.

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 existe 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. Confirmo 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: Maria de L. E. de Souza RG: 056.865.344-02
Data de nasc.: 15/06/1944 Grau de parentesco: Esposa
João Pessoa, 01 de 09 de 11

Maria de L. E. 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

Y 672025



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MÉDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	16/20
2	SORO RINGER 1000 ML EV LENTO PARA MANTER VEIA	10/12
3	CEFALOTINA 1G + AD EV DE 6/6 HORAS	07/08 07/13
4	TRAMAL 50MG EV DILUIDO EM 100ML SF0,9% DE 8/8HS	23/07
5	DIPIRONA 2G EV DILUIDO DE 6/6 HS	03/09
6	NAUSEDRON 4MG EV DILUIDO DE 8/8HS SN	5/11
8	CCGG E SSVV	20/Jan
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

IMOBILIZAÇÃO

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

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

Dr. Antônio A. de Lacerda
Cir. da Mao - CRM 5078
WhatsApp 99141-1983

Servidor da Farmácia

* 02/09/17

Farmacêutico
Flávio Camilo da Oliveira Guedes
Entregante
LOREN 454096

Dr. Antônio A. de Lacerda
Cir. da Mao - CRM 5078
WhatsApp 99141-1983
Av. Santa Julia, 35, Bairro da Torre, João Pessoa/PB
CEP: 58040-450. Tel: (83) 3048-2100

112544

Flávia

D'Imagen
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)

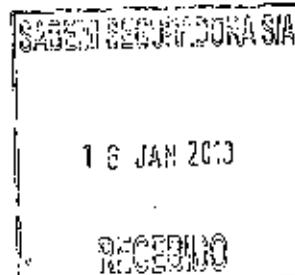
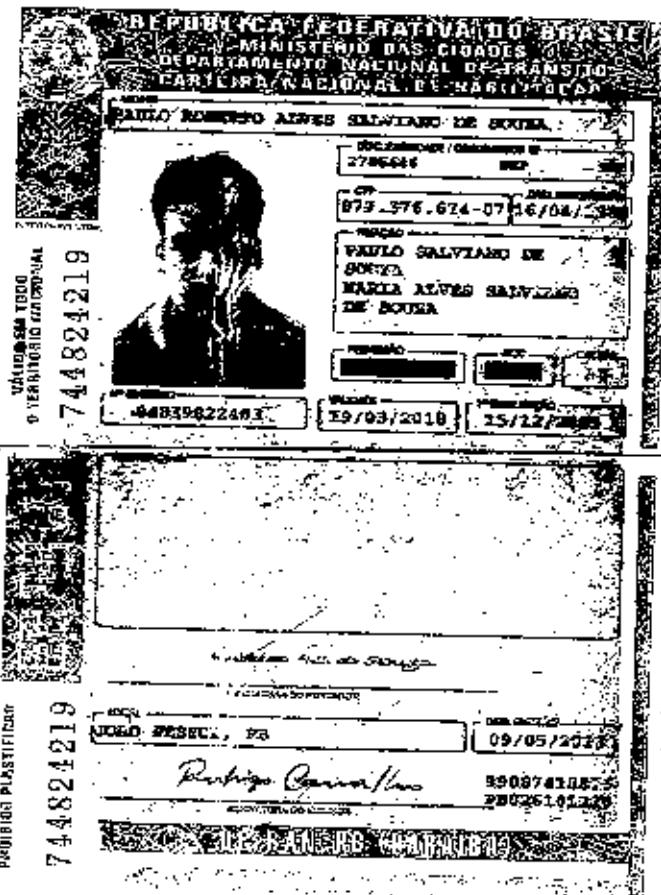
Procedimento cirúrgico realizado para acompanhamento de fixação metálica em fratura na Mão esquerda.

OBS: NÃO IMPRESSO

“As Palavras de Deus são vida para os que as acham e saúde para o corpo”.
PV/cap4.vz20-22(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 limitações do método.

D'Imagen - Diagnóstico por Imagem LTDA.
CNPJ: 11.845.526/0001-17, Av. Santa Julia, 32 (Corredor Principal do Hospital São Lucas) - Trivit - João Pessoa/PB,
CEP 58040-040, FONE/FAX: (83) 3011-2229 | E-mail: dimagen@ymail.com.





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

COLEGIUO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
DIOGO VINÍCIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

Identidade
17065
Emissão
JOSE MARCOS MOREIRA
RISSELA MARIA HIPOLITO E SILVA MOREIRA

Naturalidade
ALAGOA GRANDE-PB

Data de nascimento
23/03/1986

FG
2941109-05-44-PB

CPF
055.801.774-61

Residência
NÃO

PERI
EXPEDIDO EM
01/03/2012

SEZARO CAVAGANTE SOBRINHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A
DE SOUZA

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 **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A
DE SOUZA

PARECER

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

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PUNHO ESQUERDO , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE
médico pericial: ARTICULAR E DEFÍCIT 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.
HOUVE CONSOLIDAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E
DEFÍCIT 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Galdino Leonardo'.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PUNHO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE
médico pericial: ARTICULAR E DEFÍCIT 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. HOUVE CONSOLIDAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Galdino Leonardo'.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVI: SOLTEIRO
 PROFISSAO: TEC. ELETROST Nº DO RG: 04839822403
 ORGÃO EMISSOR: PETRAN - PB DATA DE E.: 09/05/13
 Nº CPF: 027-376.674-07 ENDERECO: RUA REPÚBLICA ALVES, N° 93
ATLÉTICO DO CÉU, JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO

OUTORGADO: DIOGO VINÍCIUS HIPPOLITO E SILVA MOREIRA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVI: SOLTEIRO
 PROFISSAO: AVOCADO Nº DO RG: 17.065
 ORGÃO EMISSOR: DAB - PB DATA DE E.: 05/05/12
 Nº CPF: 055-801.774-61 ENDERECO: R. MARIA APARECIDA NEIVA DE
GOMES, N° 72, APTO. 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) e (a) entrar no **ISAREM SEGURO** em
 nome do mesmo, bem como, requerer, e fornecer documentos a em órgãos públicos,
 municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,
 solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorizações de 2018
 pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima, ou beneficiário do Seguro DPVAT.

RECEBIDO

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

Paulo Roberto Alves Salviano de Souza
Assinatura

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

