

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**

Nº Sinistro: **3180279075**

Vitima: **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: **24/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180279075**.

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 12995026



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Sinistro: 3180279075
Vítima: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE
Data do Acidente: 24/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 3180279075** 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, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 13104343

A/C: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180279075
Vítima: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE
Data do Acidente: 24/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004099**

Conta: **000005738-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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 CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 021204 ou (0600 221206) exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa e 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

039-888 984-83

Nome completo da vítima

Osório Paiva de Albuquerque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Osório Paiva de Albuquerque
CPF titular da conta: 039-888 984-83
Profissão: Engenheiro de elétrica
Endereço: E. Proestada
Número: 510
Complemento:
Bairro: Village Jacumã
Cidade: Conde
Estado: PB
CEP: 58322000
E-mail: eduardosilva@hotmail.com
Telefone (DDD): (33) 8660-2858

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
☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 4099
CONTA: 5738
DIGITO: 2

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

João Paiva de Albuquerque
Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

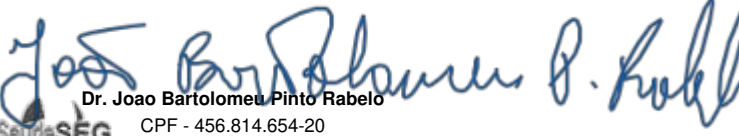
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180279075
Nome do(a) Examinado(a): Cosmo Paiva de Albuquerque
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N
Village Jacuma Conde PB CEP: 58322-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2568221
Data local do acidente: [24/01/2018]
Data local do exame: [06/07/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 04/06/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado 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 | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00985.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00985.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:10 horas do dia 22 de maio de 2018, 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cosmo Paiva de Albuquerque**, CPF nº 039.888.984-81, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Elétrica, filho(a) de Maria Helena de Albuquerque e Damião Otacilio de Albuquerque, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projatada, Nº S/N, complemento VILLAGE DE JACUMÃ, bairro Centro, tendo como ponto de referência Arco de Jacumã, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99355-2015.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Caixa de Água, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/01/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 24/01/2018, por volta das 08:30 horas, quando trafegava na PB 008, na cidade de Conde PB, e que vinha transitando com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo, HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2010, PLACA: NPR 9864/PB, chassi nº 9C2JC4110ARO32155, registrado em nome do notificante; QUE ao chegar no endereço acima citado, o notificante conduzia normalmente o seu veículo, quando, um veículo tipo motocicleta não sabendo especificar marca e modelo nem placa do mesmo e que o piloto fez uma manobra errada entrando a esquerda sem a devida atenção e que o notificante que vinha mas atrás tentou desviar mas que acabou colidindo na moto, vindo o mesmo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0653/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 30.04.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

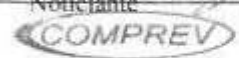
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Noticiante


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
Procedimento Policial 00985.01.2018.1.00.420
AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: João Pessoa de Albuquerque CPF da Vítima: 039.388.984-01 Data do Acidente: 24/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 à perícia médica às custas da Seguradora Líder 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 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 de Albuquerque de 24 de 01 de 2018
Local e Data

João Pessoa de Albuquerque
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRESTIÇÃO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 97232

Atd: Nao Regula

DEPTO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURLIT

Data: 28/01/2018

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:23:28

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA

1 - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Num. Frontuario: 2018.01.003396

CNS: 704907059755144 Sexo: M IDENTIDADE: 2568221 Fone: 93552015

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/01/1980 Id: 38 ano(s)

End.: VILAGE DE JACUMA, 07

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA HELENA DE ALBUQUERQUE

Pai: DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

1: ESPOSA PAULA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Localidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violencia por: NA PB008

1 Caso Policial

CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

☒ (X) Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Ido: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Temperatura: IMC:

☐ Urticaria ☐ Agitado

Abd: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

Observação

Queixa Principal

PA NTE DA FRACTUACAO (TRAUMA)

Doa com fratura fechada do osso do antebraço

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx antebraço em AP e P: frad. distal de radio e ulna

Diagnostico

Conduta

Fratura distal de radio e ulna em

Prescrição

Horario da medicacao

*- Voltaren 75mg 2x 1x em 12h
- Internação
Plano 1814*

068.006979
Joacim Paiva da Silva Junior

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA-S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido

☐ Desistência

Alta a pedido ☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML*

A Paulo Roberto de Aguiar

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PRESTIÇÃO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 97232

Atd: Nao Regula

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURLIT

Data: 28/01/2018

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:23:28

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA

1 - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Num. Frontuario: 2018.01.003396

CNS: 704907059755144 Sexo: M IDENTIDADE: 2568221 Fone: 93552015

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/01/1980 Id: 38 ano(s)

End.: VILAGE DE JACUMA, 07

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA HELENA DE ALBUQUERQUE

Pai: DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

1: ESPOSA PAULA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Localidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violencia por: NA PB008

1 Caso Policial

CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

☒ (X) Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Temperatura: IMC:

☐ Urticaria ☐ Agitado

Abd: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomitado

Queixa Principal

Observação

PA NTE DA FRACTUACAO (TRAUMA)

Doa com fratura fechada do osso do antebraço

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx antebraço em AP e P: frad. distal de radio e ulna

Diagnostico

Conduta

Fratura distal de radio e ulna em.

Prescrição

Horario da medicacao

- Voltaren 75mg 2x 1 comprimido - 23/05
- Internação
pl. cirurgia

068.006979
Joacim Paiva da Silva Junior

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA-S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Obs	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido

☐ Desistência

Alta a pedido ☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML*

A Paulo Roberto de Aguiar

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

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: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04099

CONTA: 000000005738-2

Nr. da Autenticação 4B132F0E005DF148

PAULA RICARTE NOGUEIRA
RUA PROJETA DA S/N - VILA JOSEACUMA
COND. / PB CEP 66220000 (AD. 1)

Emissão: 30/04/2018 Referência: Abr/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BASSA RENDA MONOFASICO-220 VOLT
Rótulo: 18-21-518-3076 3ª medição: 05003712354

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

100% Oligo Reciclado - João Pessoa/PB - CEP 50711-280
CNPJ 09.046.190/0001-40 Ins. Est. 18.013.828-6

Serviço Faltante / Contas e Energia e Outros Nº 006 9081824
Cód. para Df. Automático: 00017340563

Atendimento: 0800 083 1155

Contas referentes a: **Abr/2018** 30/04/2018 30/05-2018 8458602407

UC (Unidade Consumidora): **5/1734056-3**

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos fatos geradores de energia elétrica desta unidade consumidora verificada no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração é obrigatória para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais são ratificadas mensalmente nos boletins de fatura, e que se refere a todos os débitos do ano de 2017 e dos anos anteriores.
A quitação dos débitos de energia elétrica - TSE foi criada pela Lei nº 12.007 de 28 de julho de 2009.
Viu um representante do cliente, não tendo sido assinado, logo remetido para a Energisa e peça anexa para assinatura.

Anterior	Atual	Consumo	Outros
Data	Leitura	Data	Leitura
28/03/18	3231	30/04/18	3299
Consumo em kWh			
0801 Consumo de 30W/VR	0,000 0246775	7,69	7,69 27
0801 Consumo de 150W/VR	70,070 8428170	29,07	79,97 27
0801 Consumo de 101 a 220W/VR	48,000 0642260	59,92	59,92 27
0810 Subtotal		39,67	39,67 27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
0807 CONTRIBUIÇÃO LIMP. PUELOA		14,96	1,00 0
0804 JUROS DE MORA 02/2018		0,18	0,00 0
0805 MULTA 12/2018		0,18	0,00 0
0904 COMPENSAÇÃO POR INDICADOR CMO 09/2018		0,77	0,00 0
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 31/2018		-1,57	0,00 0
0806 Devolução Subtotal		0,02	0,00 0
		-28,88	0,00 0
TOTAL			
		92,85	107,69 0,00 0,55

VENCIMENTO **08/05/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 95,85**

108 | 112 | 116 | 120 | 124 | 128 | 132 | 136 | 140 | 144 | 148 | 152 | 156 | 160 | 164 | 168 | 172 | 176 | 180 | 184 | 188 | 192 | 196 | 200 | 204 | 208 | 212 | 216 | 220 | 224 | 228 | 232 | 236 | 240 | 244 | 248 | 252 | 256 | 260 | 264 | 268 | 272 | 276 | 280 | 284 | 288 | 292 | 296 | 300 | 304 | 308 | 312 | 316 | 320 | 324 | 328 | 332 | 336 | 340 | 344 | 348 | 352 | 356 | 360 | 364 | 368 | 372 | 376 | 380 | 384 | 388 | 392 | 396 | 400 | 404 | 408 | 412 | 416 | 420 | 424 | 428 | 432 | 436 | 440 | 444 | 448 | 452 | 456 | 460 | 464 | 468 | 472 | 476 | 480 | 484 | 488 | 492 | 496 | 500 | 504 | 508 | 512 | 516 | 520 | 524 | 528 | 532 | 536 | 540 | 544 | 548 | 552 | 556 | 560 | 564 | 568 | 572 | 576 | 580 | 584 | 588 | 592 | 596 | 600 | 604 | 608 | 612 | 616 | 620 | 624 | 628 | 632 | 636 | 640 | 644 | 648 | 652 | 656 | 660 | 664 | 668 | 672 | 676 | 680 | 684 | 688 | 692 | 696 | 700 | 704 | 708 | 712 | 716 | 720 | 724 | 728 | 732 | 736 | 740 | 744 | 748 | 752 | 756 | 760 | 764 | 768 | 772 | 776 | 780 | 784 | 788 | 792 | 796 | 800 | 804 | 808 | 812 | 816 | 820 | 824 | 828 | 832 | 836 | 840 | 844 | 848 | 852 | 856 | 860 | 864 | 868 | 872 | 876 | 880 | 884 | 888 | 892 | 896 | 900 | 904 | 908 | 912 | 916 | 920 | 924 | 928 | 932 | 936 | 940 | 944 | 948 | 952 | 956 | 960 | 964 | 968 | 972 | 976 | 980 | 984 | 988 | 992 | 996 | 1000

RESERVADO AO USUÁRIO
e56a cd72 d009 f7fb 27b6 da1d 3f5a a572

Indicadores de Qualidade	Limite	Atualizado	Limite de
OTIMISTAS	12,34	1,00	NOMINAL
OTIMISTAS	25,89	1,00	CONTRATADA
OTIMISTAS	7,22	1,00	LIMITE INFERIOR
OTIMISTAS	14,45	1,00	LIMITE SUPERIOR
OTIMISTAS	3,80	1,00	
OTIMISTAS	12,22	1,00	

Descrições	Valor (R\$)	%
Serviço de Cálculo de Energia	17,76	18,53
Serviço de Energia	20,97	21,88
Serviço de Transmissão	4,92	5,14
Serviço de Distribuição	4,92	5,14
Serviço de Manutenção	59,92	62,57
Serviço de Outros	0,00	0,00
Total	95,85	100,00

ATENÇÃO
- REVISÃO DE VENCIMENTO: O vencimento de 08/05/2018 foi alterado para 09/05/2018, devido a suspensão do fornecimento de energia elétrica em 08/05/2018. O pagamento deve ser efetuado até o dia 09/05/2018, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso o mesmo não seja comunicado, a concessionária não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da suspensão do fornecimento de energia elétrica.
- Fatura emitida e incluída em arquivo de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como BASSA RENDA, tendo um desconto de R\$28,88.
- Letra confirmada.

VENCIMENTO **08/05/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 95,85**

83680000000-9 95850054000-9 17340562018-3 04500021019-0

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

Importante:

Manter o seu e-mail e senha sempre atualizados. Em caso de perda, informe imediatamente para a NET. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido de sua rede ou de serviços de terceiros. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido de sua rede ou de serviços de terceiros. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido de sua rede ou de serviços de terceiros.

Minha NET:

- VIRTUA COM COM FONE PERLEGUE
- FONE 24H LOCAL

Minha NET:

- NET VIRTUA
- NET Fone

NET VIRTUA

Sub-Total Mensalidade Propriedade VIRTUA	25,87
Sub-Total Mensalidade Propriedade VIRTUA	25,87
Total NET VIRTUA	25,87

NET Fone

Sub-Total Mensalidade Propriedade FONE	15,00
Total NET Fone	15,00

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

VOCE JA UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL NAS REDES SOCIAIS
 TAMBÉM PODE UTILIZA-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

Confira como é fácil reconfigurar a sua rede:
 Na Minha NET, escolha a opção "Wi-Fi Casa", veja todos os dados da sua rede e altere o nome e a senha, sempre que quiser.

SAO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCE MULTITAR.

E simples, rápido e seguro.
 Baixe o aplicativo ou acesse: net.com.br/minhanet

App Store Google Play



Para alterar seu perfil, consulte as opções no site net.com.br.
 - Caso o cliente não tenha acesso à internet, a NET oferece o serviço de instalação de rede sem fio (Wi-Fi) por R\$ 100,00. O serviço inclui a instalação de um roteador sem fio e a configuração da rede. O serviço é oferecido apenas para clientes com contrato de internet de 12 meses ou mais. O valor do serviço é cobrado à vista e não é reembolsado.

- Caso o cliente não tenha acesso à internet, a NET oferece o serviço de instalação de rede sem fio (Wi-Fi) por R\$ 100,00. O serviço inclui a instalação de um roteador sem fio e a configuração da rede. O serviço é oferecido apenas para clientes com contrato de internet de 12 meses ou mais. O valor do serviço é cobrado à vista e não é reembolsado.

- Caso o cliente não tenha acesso à internet, a NET oferece o serviço de instalação de rede sem fio (Wi-Fi) por R\$ 100,00. O serviço inclui a instalação de um roteador sem fio e a configuração da rede. O serviço é oferecido apenas para clientes com contrato de internet de 12 meses ou mais. O valor do serviço é cobrado à vista e não é reembolsado.

AUTORIZAÇÃO GERAL

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamento efetuados após o vencimento serão cobrados.

Atenção: este boleto é emitido em nome do cliente e não pode ser usado para pagamento de outros boletos. O boleto é emitido em nome do cliente e não pode ser usado para pagamento de outros boletos. O boleto é emitido em nome do cliente e não pode ser usado para pagamento de outros boletos.

Cliente
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

Mantimento para Boleto
 NET SERVICOS 9070133148670

Mês Referência
 Abril/2018

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 231206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva Inscrito (a) no CPF sob o nº 455.536.071-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carmino Raima de Albuquerque Inscrito
(a) no CPF sob o nº 039.888.954-81 de Sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Carmino Raima de Albuquerque Inscrito (a) no CPF sob o nº _____, 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 LIDER-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	<u>Av. Maria Rosa</u>			Número	<u>58</u>	Complemento	
Bairro	<u>Mamão</u>			Estado	<u>PA</u>	CPF	<u>58038-460</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>98660-2878</u>	Telefone celular (DDD)	<u>98663-4900</u>
Email	<u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>						

João Eduardo de Junho
Local e Data

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 0653/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº97232, e Prontuário de Nº 2018.01.003396 pertencentes a **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE** que foi atendida dia 24/01/2018 às 22H23min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

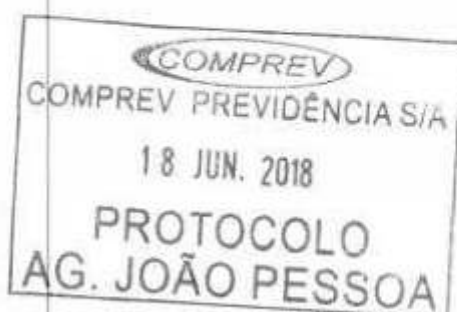
Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/02/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



**POLICLÍNICA E
PA- PRONTO - ATENDIMENTO
JARBAS MARIMBONDO**

PACIENTE: Carma Faria de Albuquerque

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente acima,
portador do RG nº 2.568.221, deu entrada neste PA (serviço de Pronto
Atendimento) no dia 24/01/18 às 10:00 Hs.

MOTIVO:

EXAME FÍSICO / TRANSFEÊNCIAS:

Este vítima de trauma
de crato sofreu possível fratura
de Bacia + fratura de clavícula
esquerda + fratura de fêmur esquerdo
o mesmo foi encaminhado ao
Hosp. de Emergência e Trauma
de acordo com o registro de
ocorrência deste serviço

Conde, 21 de 02 de 18

Dr. João de Deus
Médico
MÉDICO / CRM

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua Manoel Alves, 205 - Centro - CEP 58322-000 - Conde - PB



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ismael Paiva de Albuquerque Data da Admissão: 24/01/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Petrom Fratura fechada dos ossos do antebraço

HDA: na
Referenciado do HETOR com Fratura fechada

Medicações em uso: _____

033 334979

Joceline Paiva de Silva

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudores
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náusea
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematuria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____

☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Rigidez ☐ Deformidades

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade

☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

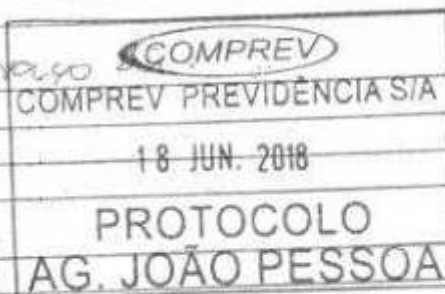
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx antebraço, Pin Axel:

Hipóteses Diagnósticas: Fratura ossos do antebraço

Conduta: - Internação p/ cirurgia
- Sinais pré-operatórios



033 50697 3

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE						CNS 704807059755144		Pronúncia	
Data de Nascimento 11/01/1980	Idade 38A 13D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura		
Nome da Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				Nome do Pai DAMIÃO OTÁLIO DE ALBUQUERQUE					
Endereço PROJETADA				Bairro JACUMÁ				Cap 58320-000	
Município CONDE - PB				Telefone Residencial				Telefone Celular (83) 91000282	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNS 2583262		Telefone (83) 32165700			

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N. MANGABEIRA PROSIND I. JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR			
Resultado de exames complementares 11:36HS			
#ORTOPEDIA#			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTERBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE AO EXAME; DOR E DORMIDÃO EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA; EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR			
CID S52.9	Data de encaminhamento 24/01/2018 11:37:02		

Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Lúcio Juvêncio
 Gerente de Traumatologia
 CRM-15357

OBS: da Neurol


 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cosmo Reis de Albuquerque</i>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Paulo Aguiar</i>	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: <i>Reverte</i>	
Anestesista: <i>Dr. ...</i>	Tipo Anestesia:	Instrumentador:	
Horário: I:		T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fr. dos ossos cefálicos D

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Fr. dos ossos cefálicos D

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Dr. Jo. Ag. de Albuquerque
Reverte

Dr. André Luis Silva
Ortodontologia
Cirurgia Maxilofacial

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Posição e Preparo:

Rec'ds. 1000.

Incisão:

log en f. d. d. e. v. t. d.

Achados:

Conduta:

uta:

- 1) *Alnus glutinosa*
- 2) *Alnus incana*
- 3) *Alnus pedunculata*
- 4) *Alnus pedunculata*
- 5) *Alnus pedunculata*
- 6) *Alnus pedunculata*
- 7) *Alnus pedunculata*
- 8) *Alnus pedunculata*
- 9) *Alnus pedunculata*
- 10) *Alnus pedunculata*

mento:

- 1) *Alnus pedunculata*

Ac. R. 18

COMPRE PRE

Fechamento:

OBS:

Data:

Data: 01, 02, 18

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia/Traumatologia
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 6207/033006207 TEOT 11797

MÉDICO/CRM

NOME: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE					
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	PRONTUÁRIO Nº	
			Ortopedia	ENF: 15	LEIT 152
DATA DE ADMISSÃO: 24/01/2018		DATA DE ALTA: 03/02/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		03/02/2018.			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		Fratura dos Ossos do Antebraço			
OUTROS DIAGNÓSTICOS		O mesmo			
PRINCIPAIS EXAMES		Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO		() CURADO ()			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
 Paciente portador(a) de fratura de antebraço foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:
 Relativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Centro.

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, aine, analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão (DR. ANDRÉ SIQUEIRA)

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Aurélio de Sá Pinto
 CRM: 92450/M
 ASS. MÉDICO / C.R.M

DATA

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

3/2/18



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1057870

PACIENTE: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

DATA DE NASCIMENTO: 11.01.80

Data e Hora do Atendimento: 24.01.18

Horário: 10:15h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente motociclistico apresentando quadro de dor na região cervical, da clavícula esquerda, dor e deformidade no antebraço direito, dor na coluna cervical, bacia e dor abdominal. Atendido pelo Dr. Gustavo Urquiza Leite CRM 7429, Dr. Luiz Juvêncio CRM 8637, Dr. Francisco dos Anjos Lima Neto CRM 2616, Dr. Ricardo R. de Carvalho CRM 6628.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO + FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO CID 10 T 14 9, S 52 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da neurocirurgia, avaliação da traumatologia, Rx da articulação acrômio-clavicular esquerda AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx da coluna lombosacra AP e Perfil, Rx do punho direito AP e Perfil que evidenciou fratura do antebraço direito. Encaminhado para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: Transferido para outro serviço em 24.01.18 às 11:37h.

Data da Emissão: 23.04.18

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CUBHETSHL
CRM 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL

Mat. 29.831.97/CRM 3920

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

AV. DRETES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel. #332158700

Boletim de Atendimento: 1057870



Identificação do paciente

ID 105454	Nome COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		Sexo Masculino	
Data de nascimento 11/01/1990	Idade 38 anos 13 dias	Estado civil UNIÃO ESTÁVEL	Religião EVANGÉLICA	Profissão
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE			Pai DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE	
Escolaridade MÉDIO INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) PAULA RICARDO NOGUEIRA - ESPOSA(O)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91060282	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Nº Doc 704807089755144		
Local de procedência JACUMÁ - PRAIA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email		Naturalidade JOÃO PESSOA		

Endereco

CEP 68332000	Município de residência CONDE	UF PA	Logradouro PROGETADA
Número 50	Complemento		Bairro JACUMÁ

Admissão

Data e Hora 24/01/2018 10:16:17		Número da pulseira 100006084782		Cobertura SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL			Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA		
Local de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULÂNCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

RA	X	mmHg	Pulse	Temperature
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Thiessen

Alas! Siempre.

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

References

300000 1000000 10000000



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE				704607059755144			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
11/01/1960	38A.13D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome da Pai			
MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE			
Endereço				Bairro		Cep	
PROJETADA				JACUMA		58322006	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
CONDE - PB						(33) 91000262	
Unidade de saúde solicitante				CNS		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA				2521262		(33) 32186700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURTY		PLA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE - S/N MANGABEIRA PROSIND - JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
11:36HS		
#ORTOPEDIA#		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRACO DIREITO + DEFORMIDADE AO EXAME. DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRACO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRACO DIREITO CONDUITA: CONFORME PACTUACAO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR		
CID	Data do encaminhamento	
S52.9	24/01/2018 11:37:02	

Assinatura e carimbo do profissional

OBS: da mão

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Unidade Médica



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

ARANJA UDC

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

32165700

NES: 2458276

Paciente	COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		SAE	1057870	Data/Hora Entrada	24/01/2018 10:15:17	Data Saída	2018-01-24 11:37:02
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	704987059755144			Telefone de Contato	(83) 91000282
11/01/1980	38	Masculino	Prontuário					
Mãe	MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE							UF
Endereço		Bairro	Município	PB				
PROJETADA, SN		JACUMA	CONDE	Nº Cons. Regional				
Acidente	Motivo	Profissional			8637/PB			
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA						
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição						
24/01/2018 10:15:17		24/01/2018 11:37:02						
Convênio	Nº Matrícula		Senha					
SUS								

Anamnese

11:36HS

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO +
DEFORMIDADE
AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO
CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHADO PARA O TRAUMINHA
TALA AXILO PALMAR

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S52.9	Fratura do antebraço, parte não especificada

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário
LUIZ JUVENCIO
MEDEIROS DE
ARRUDA
CAMARA

Data e Hora
24/01/2018 11:37:02

Motivo de Alta
ALTA
HOSPITALAR

Observações
11:36HS #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO +
DEFORMIDADE AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA
ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHADO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR



COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8637/PB)



Crus Vermelha Brasileira

Tratamento

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel. 32165700

CNES: 2458276

Paciente COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	SAE 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Saída
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CNS 704807089755144
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE			Telefone de Contato (83) 91000262
Endereço PROJETADA, SN	Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 21:05:07	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

ACIDENTE DE MOTO EM USO DE CAPACETE ADMITIDO AS 10:15 AM

EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS

FEZ TOMOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL E LOMBAR SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURAS

DIAGNOSTICADO FRATURA EM ANTEBRAÇO DIREITO

CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA TRATAMENTO ORTOPEDICO DE FRATURAS

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*LIBERADO PARA CASA
P/ OUTROS*

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)



Boleim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 24/01/2018 10:18:42



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		BAE 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Saída
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CNE 704807058755144	Telefone de Contato (53) 91000282
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE		Pronúncia		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO		Nº Cons. Regional 2616/PB
Data/hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/hora Prescrição 24/01/2018 10:37:52		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Série		

Anamnese

paciente consciente e orientado, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em clavícula esquerda, punho direito, refere ainda dor em coluna cervical e bacia, queixa de dor discreta abdominal, eupneico, hemodinamicamente estável, glasgow 15.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPIEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

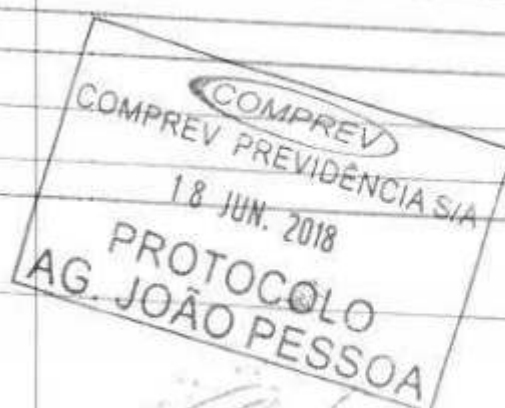
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação



Sistema registado COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE 24/01/2018 12:18:42

FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO
(2616/PB)

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458275

Paciente COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	RAC 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Saída 2018-01-24 11:37:02
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CNS 704607059755144
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE			Telefone de Contato (83) 91009282
Endereço PROJETADA, SN	Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 11:37:02	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

11:36HS

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTERBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE

AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA

TALA AXILO PALMAR

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S52.9	Fratura do antebraço, parte não especificada

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Assinatura
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
Data e Hora
24/01/2018 11:37:02

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR
Observações
11:36HS #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTERBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Bolém registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 24/01/2018 10:19:42

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNFS: 2458276

Paciente CGSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		RAE 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CNS 704867958755144	Telefone de Contato (83) 91000262
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN		Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLISTA	Profissional MOURISE ARRUDA FELINTO		Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 16:48:19		
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

#Ortopedia#

>> Paciente com fratura fechada de ossos do antebraço direito, já com encaminhamento externo para o Ortopedia de mangabeira, conforme pactuação.

Mantido em observação pela neurocirurgia (escrito em prontuário médico).

CD Cropsedica.

Analgesia

Aguarda liberação de neurocirurgia para seguir ao Ortopedia de Mangapora

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 250,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Datuir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML). DILUIR 100.0 MG

Conduta

Em observação

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

MOORISE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7822/PB)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		
Data de: 11/01/1980	Nº Boleim Emergência 105/7570	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM		
RADIOLÓGICA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO (DIRETO) RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLICUA) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE ULTRASSONOGRAFIA - FAST RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		

24/01/18
Alb. Bontempo

24/01/18
Alb. Bontempo

24 de Janeiro de 2018

Assinatura e Carimbo Profissional

CERVICAL + LOMBAR
24 01 18
Alb. Bontempo

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

24-01-19

NH: 13:15h

Acidente motociclístico
envolvendo um

condutor

Shopper 15

ASCA-E

1- Verificar se o
condutor

liberado para a
circulação

no Hospital de Amadora



Assinado por
[Signature]



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831074252

Idade: 38 anos

Paciente: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Data: 24/01/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Técnica:

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

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias escleróticas

Protrusões discais difusas de L4 à S1 com o componente posterior comprimindo a face anterior do saco dural.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Estruturas intra-raquianas de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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 25/01/2018 15:54.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lúcio

Atendimento: 201831074252

Paciente: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Idade: 38 anos

Data: 24/01/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações uncovertebrais de aspecto habitual.
Articulações interfacetárias de aspecto habitual.
Não há sinais de hérnias, abaulamentos ou protrusões discais.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Forames de conjugação livres.
Estruturas intra-raquianas de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

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 25/01/2018 15:52.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

DOC. GERENCIAL / OUT. GERENCIAL Nº
 2548221

CPF
 039.888.984-81

DATA DE NASCIMENTO
 11/01/1980

Função
 DAMIAO OTACILIO DE
 ALBUQUERQUE
 MARIA HELENA DE
 ALBUQUERQUE

POSSUIR
 05370364646

VALIDADE
 22/02/2021

DATA DE EMISSÃO
 06/12/2011

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1280645860

PROFISSIONAL PLASTIFICAR
 1280645860

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 02/03/2016

45033367516
 58031367516

DETRAN - PB (PARAIBA)

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

05701485



CAB

12578



ORDEN DOS ADVOCADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DO ADVOGADO

ADVOGADO
JOSE EDUARDO DA SILVA

12578

JOSEPA GERVASIO DA SILVA
ARTIGO 14 DO
JOÃO PESSOA-PB

1.024.552-000196
TOMAR SE TIVERE A TITULACAO
NÃO

22.04.1967
455.338.024-01
1967.01.19

PRIMEIRO SECRETARIO
VITAL SERRA JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN

DETRAN - PB

Nº 013930113588

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00208566864 00/00000000 2018

COSMOCEALTA DE ALBERGENTE

03988898481

03988898481

PAS/MOTOCICLETA

HONDA/CG 125 FAN KS

2 P/124 /CI

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

09/00/0000

JOÃO PESSOA - PB

03/05/2018

40894

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

PB Nº 013930113588 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

03988898481

00208566864

2010

9

9C2JC4110AR082155

HONDA/CG 125 FAN KS

00208566864

2010

9

9C2JC4110AR082155

HONDA/CG 125 FAN KS

00208566864

2010

9

9C2JC4110AR082155

SEGURO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

03/05/2018

40894-1003201-20180503

40894-1003201-20180503

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279075 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 24/01/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279075 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 24/01/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO DIREITO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2018

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Osório Pereira de Albuquerque
 brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado de Escritório, CI RG nº 2568221
 CPF/MF nº 039.888.984-83, residente e domiciliado(a) à Rua R. Projetada s/n Vilaça Jacuima
 Cidade de Parauapebas, Estado Parauapebas, CEP: 56322000, telefone (83)98660.2858, (83)98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 21 de maio de 2018.



Osório Pereira de Albuquerque

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 COMARCA DE CARVAL
 RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE À TITULA DE DISTRITO PARA O ALIBERTE (1110281), J. Pessoa-19, 21/05/2018 12:55:20
 Emol. R\$9,48 F. Arpen. R\$40,28 F. Exp. R\$1,90, ISS R\$40,47. Em
 test. de verdade. Tabela. CELEIDA. DISTRITO PARA O ALIBERTE. SILVA.
 Selo Digital A6724721-D30 Osmar de
<https://selodigital.tjpb.jus.br>