



Número: **0841164-02.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38480043	18/01/2021 14:29	Petição	Petição
38480044	18/01/2021 14:29	2617655_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38480500	18/01/2021 14:29	2617655_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 00861/00862 - carta_01 - INVALIDEZ

00010431



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

Pag. 00481/00482 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13036002



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 13104343

A/C: 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

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

Pag. 01527/01528 - carta_15R - INVALIDEZ



00020764





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 0221204 ou 0800 221206) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou RAL:

CPF da Vítima
039.888.984-83

Nome completo da vítima:

Cosmo Paiva de Albuquerque

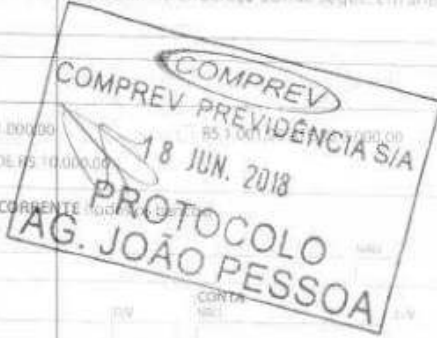
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Cosmo Paiva de Albuquerque** CPF titular da conta: **039.888.984-83** Profissão: **Químico de estética**
Cognome: **E. Prestada** Número: **510** Complemento:
Bairro: **Village Jacumã** Cidade: **Cerde** Estado: **PB** CEP: **58322000**
E-mail: **zeduardosilva@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

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR R\$ 1.001,00 ATE R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ATE R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATE R\$ 1.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): BRABESCO (231) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (somente para os bancos abaixo): BANCO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AGÊNCIA (DDD) 4099	CONTA (RRC) 5738	AGÊNCIA (DDD) <input type="checkbox"/>	CONTA (RRC) <input type="checkbox"/>	
Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	



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

João Pessoa 23 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001-V001/2017





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

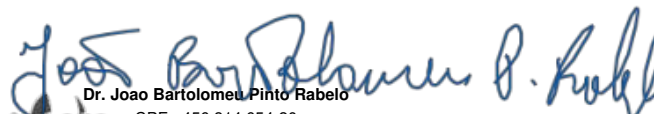
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 causalidade: 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- 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) 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 Eletrônica, filho(a) de Maria Helena de Albuquerque e Damião Otacílio de Albuquerque, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, 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 atras 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.

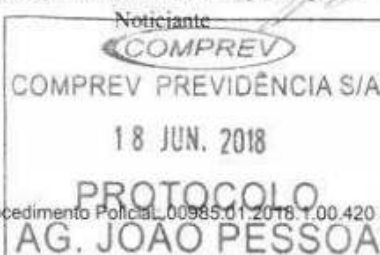
Sendo o que havia a constar, científico(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Notificante



Procedimento Policial: 00985.01.2018.1.00.420





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 Araújo 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 Araújo de 24 de 01 de 2018

Local e Data

João Pessoa de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI001 V001/2017

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 97232 Atd: Nao Regula
Data: 24/01/2018
Hora: 22:23:28
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE
CNS: 704907059735144 Sexo: M IDENTIDADE: 2568221 Fone: 93552015
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/01/1980 Id: 38 ano(s)
End.: VILAGE DE JACUMA, 0/
Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB
Mae: MARIA HELENA DE ALBUQUERQUE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Frontuario: 2018.01.003396

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DESEMPREGADO

Pai: DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violencia por: NA PB008

[] Caso Policial

CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:
TC: TP:
Peso: Altura:
Temperatura: IMC:
Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulso
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Urticaria [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PA NTE DA PACTUACAO (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

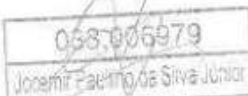
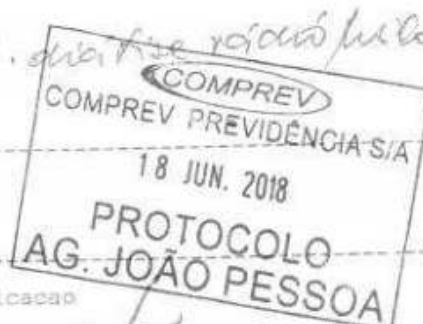
Conduta

Fratura distal de radio e ulna em

Prescrição

Horario da medicacao

*- Voltaram 75mg 2x ao dia
- Interferon
p/ a cirurgia*



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Indicador	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

Alta e pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

A Paulo A. Costa noqueiro



SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 97232 Atd: Nao Regula
Data: 24/01/2018
Hora: 22:23:28
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE
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, 0/
Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB
Mae: MARIA HELENA DE ALBUQUERQUE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Frontuario: 2018.01.003396

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DESEMPREGADO

Pai: DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violencia por: NA PB008

[] Caso Policial

CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:
TC: TP:
Peso: Altura:
Temperatura: IMC:
Abd: O2%:

[X] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulso
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Urticaria [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PA NTE DA PACTUACAO (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

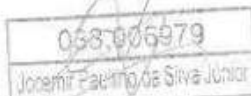
Conduta

Fratura distal de radio e ulna em

Prescrição

Horario da medicacao

*- Voltaram 75mg 2x ao dia
- Interferon
p/ a cirurgia*



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Indicador	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

Alta e pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

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

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



SP-7000C 000871294

Assinatura: _____
Cód. para Deb. Automático: 000173405

8458602407

5/1734056-3

[illegible]

CC1	Código de Classificação do Item	TOTAL	92.85	107.85	29.17	107.85	8.00
92.85							

VENCIMENTO
08/05/2018

TOTAL A PAGAR
RS 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
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

RESERVADU AO FISCU
e56a cd72.d009.f7fb.27b6.da1d.3f5a.a572

Indicadores de Qualidade			
	Limite inferior	Atualizado	Limite superior
DIC MENSAL	12,34	1,00	
DIC TRIMESTRAL	26,89		
DIC ANUAL	3,81	1,00	NOMINAL 20
DIC MENSAL	2,22		CONTRATADA
DIC TRIMESTRAL	14,45		LIMITE INFERIOR 20
DIC ANUAL	2,85		LIMITE SUPERIOR
DMR	1,75	1,00	

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Engenharia	17,75	17,50
Manutencao de obras	20,87	20,53
Servicos de Transportes	2,72	2,68
Inducao Eletica	4,99	4,90
Impostos, Oribitos e Encargos	50,67	50,18
Outros servicos	0,02	0,02
Total	96,92	100,00

ATENÇÃO

REBAIXAMENTO DE VENCIMENTO PARA O PESSOAL (exceto para os demais) permanecendo no cargo e formação básica por suspensão a partir de 10/02/2013, conforme Resolução 04/ME de ANEEL. O pagamento dos seus salários será em 13ª parcela de 12 meses, a partir da suspensão, com o primeiro vencimento, caso o mesmo não tenha sido pago até o mês de suspensão, não incidindo multa por atraso. O pagamento dos seus salários será em 13ª parcela de 12 meses, a partir da suspensão, com o primeiro vencimento, caso o mesmo não tenha sido pago até o mês de suspensão, não incidindo multa por atraso. O pagamento dos seus salários será em 13ª parcela de 12 meses, a partir da suspensão, com o primeiro vencimento, caso o mesmo não tenha sido pago até o mês de suspensão, não incidindo multa por atraso. O pagamento dos seus salários será em 13ª parcela de 12 meses, a partir da suspensão, com o primeiro vencimento, caso o mesmo não tenha sido pago até o mês de suspensão, não incidindo multa por atraso.

Faturas em atraso
Mar/18 82 89

PARADE
Riders: 134-27-518-307C
Various: 1734056-2018-04-5

VENCIMENTO
08/03/2018

TOTAL A PAGAR
RS 98,85

9 5850054000-9 17340562018-3 04500021019-0

[Illegible text]

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



NET
O MUNDO É DOS NETS

Minha NET
1500-100 - 2246.72444 - 10

NET/012/1007

25/05/2018

54

0100
010/02-704-74

Forma de Pagamento:
BOLETO BANCARIO

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

Importante:

Mantenha em e-mail e telefone sempre atualizados. Assim, NET poderá, através da NET e de terceiros, enviar mensagens, avisos e informações de caráter informativo, comercial e promocional. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido das informações transmitidas por e-mail ou telefone. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido das informações transmitidas por e-mail ou telefone. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido das informações transmitidas por e-mail ou telefone.

Minha NET:

- 1. VIRTUA SEM COM FONE PERLEGAR
- 2. FONE 24H LOCAL

Minha NET:

- 1. NET VIRTUA
- 2. NET Fone

NET VIRTUA

Remessado Proprietário VIRTUA	20,00
Sub-Total Remessado Proprietário VIRTUA	20,00
Total NET VIRTUA	20,00
NET Fone	18,00
Total NET Fone	18,00

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

VOCÊ JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL NAS REDES SOCIAIS. TAMBÉM PODE UTILIZÁ-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.

SÃO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCÊ MULTITELAR.

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



1. Para garantir a segurança, consulte as condições de uso da rede. 2. O uso da rede é de responsabilidade do usuário. 3. Para pagamentos, consulte o boleto bancário.

Com o uso da rede, o usuário assume a responsabilidade por qualquer uso indevido. A NET não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido da rede.

Central de Atendimento NET: 1500-100 - 2246.7244 - 10

Autenticação Eletrônica

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. Para pagamentos, consulte o boleto bancário. Para pagamentos, consulte o boleto bancário.

Cliente
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Identificação para Boleto
NET SERVICOS 90701331-00670

Mês Referência
Abril/2018

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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/biblioteca/web/do/corrigido.asp?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 613/68.

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 039.888.984-81 de Sinistro de DPVAT cobertura unvaldeles 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>68</u>	Complemento	
Cidade	<u>Maracá</u>	Estado	<u>PA</u>
CEP	<u>58038-400</u>	Telefone celular (DDD)	<u>98663-1900</u>
E-mail	<u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		
Telefone comercial (DDD)	<u>98660-2878</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 pertencente a **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE** que foi atendida dia 24/01/2018 às 22H23r min, 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 Sousa 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:

Paciente vítima de trauma
de moto após colisão frontal
de Bacia + fratura de clavícula
esquerda + fratura de punho 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. Suelio Moreira Torres
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: <u>Ismael Paiva de Albuquerque</u>		Data da Admissão: <u>24/01/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Estado: _____	
Cidade: _____	Fone: _____	Profissão: _____	
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>		
QPD: <u>Petrom Pratum fechada dos ossos do antebraço</u>			
HDA: <u>na</u>			
<u>Referencia do HETOM sem fratura fechada</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudores			
<input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe			
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise			
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náusea			
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria			
<input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Deformidades			
<input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade			
<input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira, PB

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: _____

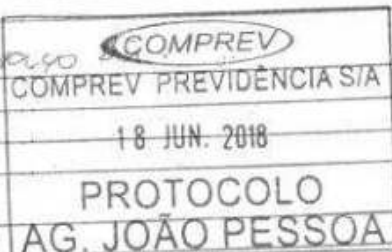
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx antebraço, An Afel:

Hipóteses Diagnósticas: Fratura osso do antebraço

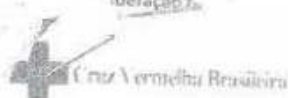
Conduta: - Internação p/ cirurgia

- Siga pós-operatório



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Pronúncia	
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE				704807058755144			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
11/01/1980	38A 13D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome do Pai			
MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				DAMIÃO OTACÍLIO DE ALBUQUERQUE			
Endereço				Bairro			
PROJETADA				JACUMÁ			
Município				Cap			
CONDE - PB				5832000			
Unidade de saúde solicitante				Telefone Residencial		Telefone Celular	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNEB 2583262		(83) 91000282	
				Telefone		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		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 DEFORMIDADE EM ANTERBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTERBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA O TRAUMATOLÓGICO TALA AXILO PALMAR		
CID	Data de encaminhamento	
S52.9	24/01/2018 11:37:02	

Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Luis Juvencio
Ortopedia Traumatologia
24-01-2018

OBS: da Neurol





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Cosmo Pereira de Albuquerque</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data:	Cirurgião:	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fr das ossos ulna e D</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<u>Fr das ossos ulna e D</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Placa e parafusos</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não			Descreva: COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 18 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Posição e Preparo:

Rec'd. 10/10/10.

Incisão:

log a p dwerl e vnt

Achados:

Conduta:

uta:

- 1) *Alouatta palliata*
- 2) *Alouatta palliata*
- 3) *Alouatta palliata*
- 4) *Alouatta palliata*
- 5) *Alouatta palliata*

5. Stair
 5. Stair Key to floor
 6. Stair Unit 5 floor
 7. Stair 64 pages book
 8. Stair 100 pages

mento:

18

COMPREHENSIVE PREVIEW

Fechamento:

OBS:

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia/Traumatologia
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 62070/33006207 TEOT 11797

Date: 01/02/18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



NOME: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

IDADE: SEXO: COR: CLÍNICA: *Ortopedia* PRONTUÁRIO Nº: ENF.: 15 LEIT: 152

DATA DE ADMISSÃO: 24/01/2018 DATA DE ALTA: 03/02/2018

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura dos Ossos do Antebraço* CID: *552.4*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: *O mesmo*

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

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 ()

ÓBITO:

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. S

sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este serviço.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *cefalexina 500mg, aine, analgésico*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 25 dias para revisão (DR. AURELIO SIQUEIRA)

3/2/18

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Aurélio de Sá Pinto

CRM: 97458

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007

Número do documento: 21011814290199100000036694007



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 acrómio-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. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123012 - TEL: 3332158700

Boletim de Atendimento: 1057870



Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	
105154	COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
11/01/1990	38 anos 13 dias	UNIÃO ESTÁVEL	EVANGELICA
Mãe	Pai		
MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE	DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE		
Escolaridade	Responsável (Pai/mãe)		
MÉDIO INCOMPLETO	PAULA RICARDO NOGUEIRA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
82	91000282		
Tipo documento	Número documento	Nº CNE	
RG (IDENTIDADE)	2558221	70480708786144	
Local de procedência	Tipo		UF
JACUMA - PRAIA	BAIRRO		PB
Email	Naturalidade	CSC/R	
	JOAO PESSOA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
66322005	CONDE	PB	PROJETADA
Número	Complemento	Bairro	
8N		JACUMA	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
24/01/2018 10:16:17	100006084782	SUS	
Especialidade	Clínica		
CIURGIA GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transporta		
AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Diagnóstico			
Atendido por:			
PRISCILA JORGE DA SILVA			
Imprimir			



24/01/2018 10:17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007

Número do documento: 21011814290199100000036694007



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE				CNS 704607059755144		Prontuário	
Data de Nascimento 11/01/1960	Idade 58A 13D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				Nome da Pai DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE			
Endereço PROJETADA				Bairro JACUMA		Cep 58222006	
Município CONDE - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (33) 91000262	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2591262		Telefone (33) 32166700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURTY	UF PB	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N MANGABEIRA PROSINDI - JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares 11-36HE #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 PACUTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR		
CID S52.9	Data de encaminhamento 24/01/2018 11:37:02	

Assinatura e carimbo do profissional

OBS: da mão



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	SAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	1057870	24/01/2018 10:15:17	2018-01-24 11:37:02
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
11/01/1980	38	Masculino	(83) 91000292
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE		704987052755144	
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, SN	JACUMA	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissão	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	8837/PB
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 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

Usuário:
LUIZ JUVENCIO
MEDEIROS DE
ARRUDA
CAMARA

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

Motivo de Alta:
ALTA
HOSPITALAR

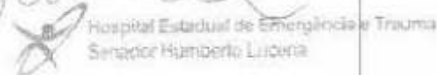
Observações:
11:36HS #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO +
DEFORMIDADE AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA
ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR



COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(: 8837/PB)





AREA LARANJA UDC

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

Tel. 32165700

CNES: 2458276

Paciente	SAE	Data/Hora Entrada	Data saída
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	1057870	24/01/2018 10:15:17	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
11/01/1990	38	Masculino	704807059755144
Telefone do Contato			
(83) 91000262			
Mãe			Prontuário
MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE			
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, SN	JACUMA	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissão	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
24/01/2018 10:15:17		24/01/2018 21:05:07	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

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

EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS

FEZ TOMOGRAFIA DE COLUNA 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

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)



Boleim registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 24/01/2018 10:16:42

11/2.15.0.6.2018/pv/bpapes/prescricao.do?control=7&pe?im=imprimir&id=196792&pesquisa=S&&dPa=196792&classe=PRESCRICAO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007

Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 29



Centro Vermelho Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		BAE 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CAS 704807058755144	Telefone de Contato (53) 91900282
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE		Prontuário		
Endereço PROGETADA, S/N		Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Especialista FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO	
Data/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 10:37:02		Nº Cons. Regional 2616/PB
Convênio SUS		Nº Matrícula	Sessão	

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 ORTOPEDIA

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

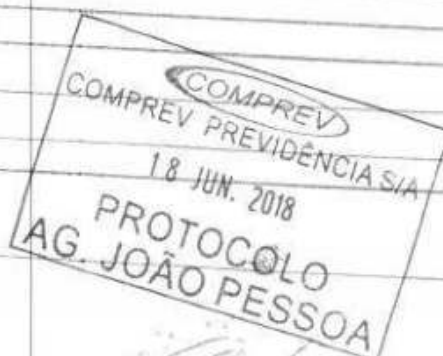
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação



Exatidão registrada COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE 24/01/2018 10:15:42

FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO
(2616/PB)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007

Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 30



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJEIRA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5803-1090

Tel: 32165700

CNES: 2458275

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	1057870	24/01/2018 10:15:17	2018-01-24 11:37:02
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
11/01/1986	26	Masculino	704697059755144
Mãe			Telefone de Contato
MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE			(83) 9100282
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, SN	JACUMA	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	8637/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prestação	
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 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

Usuário	Data e Hora
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	24/01/2018 11:37:02
Motivo de Alta	Observações
ALTA HOSPITALAR	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 ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE



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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		SAC 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CNS 704807058755144	Telefone de Contato (83) 91000282
Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE		Prontuário		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBE 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, js com encaminhamento externo para o Ortopedia de mangabeira, conforme pactuação.
Mantido em observação pela neurocirurgia (escrito em prontuário medico).

CD Ortopedia:

Analgesia

Aguarda liberação de neurocirurgia para seguir ao Ortopedia de Mangabeira

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 250.0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

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

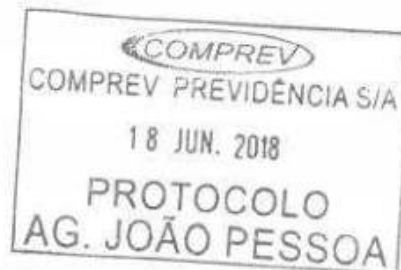
Conduta

Em observação

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Mouribe Arruda Felinto
Sen.ª D.º 173.000.755/PA
CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194
MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)

Sistema registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 24/01/2018 10:16:42



http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181429019910000036694007&id=1988275pesquisa=5&performar=

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE		
Data de 11/01/1986	Nº Boletim Emergência 105/2018	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM		
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE INTERACÇÃO DIREITA RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE ULTRASSONOGRAFIA - FAST RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		

24.01.18
Hh
Laque
Diagnostico

24.01.18
Hh
Laque
Diagnostico

CERVICAL + LOMBAR
24.01.18
Hh
Laque
Diagnostico

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

24 de Janeiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

[Assinatura]



24-01-19

Nh: 13:15h

Acidente motociclístico
envolvendo um

condutor

flamengo

ASCA-E

com lesões múltiplas
analgésicos

liberado para AB
tratamento

no Hospital de Trauma



[Handwritten 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 Lúena

Atendimento: 201831074252

Paciente: COSMO FAIVA 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
CORDEO PATIVA DE ALBUQUERQUE

DOC. IDENTIFIC. / OUT. IMAGEM EM
25-08-2011 RSCB PB

CPF
039.888.984-81 DATA DE NASCIMENTO
11/02/1980

Função
DAMIÃO OSACILTO DE
ALBUQUERQUE
MARIA HELENA DE
ALBUQUERQUE

PERMISSÃO
A1

ATO
A2

DATA
A3

Nº REGISTRO
05370364646

VALIDADEZ
22/02/2021

1ª EMISSÃO
06/12/2011

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1280645860

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1280645860

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

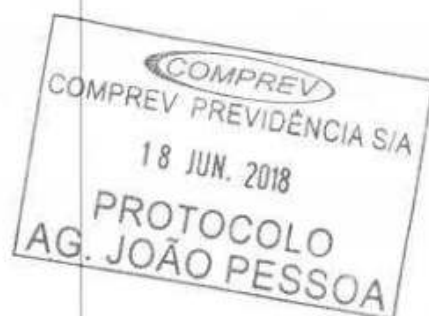
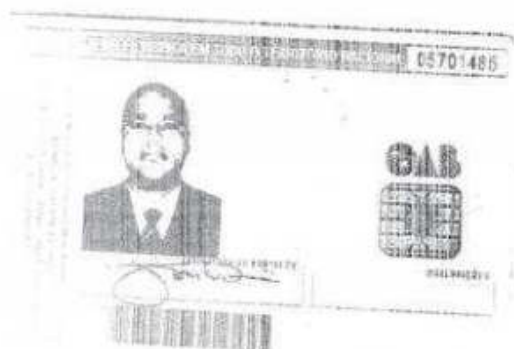
DATA EMISSÃO
02/03/2016

45033348518
PBO31367318

DETRAN, PB (PARAIBA)

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





[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OUTRO FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - BILHETE 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 023 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 03/05/2018

PLACA

NPR9864/PB

CUF / CUPA

03888698481

UF/PAVIA

00208566864

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2010

2010

PLACA

9C2JC4110AK02155

PRÊMIO TARIFARIO

*** (R\$)

DESEMPENHO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICOP (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

03/05/2018

S COINTECA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.800/0001-40

40894-1003201-20160503

COMPREV
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: HOUVE 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:

Roberto Pereira de Albuquerque
brasileiro(a), estado civil casado, profissão Engenheiro de Eletricidade, CI RG nº 2568223
CPF/MF nº 039.888.984-83, residente e domiciliado(a) à Rua R. Projetada s/n Vila dos Jacuims
Cidade de Paraupebas, Estado Paraupebas, CEP: 56322-000, 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 20 18.



[Assinatura]

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DE CARVALHO
Reconheço por Autenticidade a firma de JOÃO PESSOA de
ALBUQUERQUE, 11102381, J. Pessoa - PB, 21/05/2018 12:55:20
Em 189,488 Farpenho, 28 Farpenho, 90, ISS: 1890,47. Em
test de verdade, labella, CELEIDA, DORIS FREIRE SILVA,
Selo Digital A6724727-DCO Ocorre em [Assinatura]
<https://selodigital.tjpb.jus.br/autenticar>





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08411640220188152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290283500000036694013>
Número do documento: 21011814290283500000036694013