

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119865/19

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

CPF: 078.787.914-22

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: JOSELITO MATIAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSELITO MATIAS DA SILVA : 078.787.914-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/04/2019
Nome: JOSELITO MATIAS DA SILVA
CPF: 078.787.914-22

JOSELITO MATIAS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO MATIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000076786-9

Nr. da Autenticação EA08C58CEF23A2AE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0119865J9 3 - CPF da vítima: 079.797.934-22 4 - Nome completo da vítima: João Roberto Vitorino da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Roberto Vitorino da Silva 6 - CPF: 079.797.934-22
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Itavio 9 - Número: 93 A 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Vicunha 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58280-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 76786 9 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) Abraão Costa Pereira de Carvalho

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 044.368.854.02

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Marcelo Elias Gomes CPF: 978.861.654

Marcelo Elias Gomes
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Genilson Marilene Soares CPF: 073.573.439.97

Genilson Marilene Soares
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacaré, PA 14-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000076786-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0119865/119 CPF da vítima: 078787934-22 Nome completo da vítima: Jonelito Matheus da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jonelito Matheus da Silva CPF: 078787934-22
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Otávio Monteiro Número: 93A Complemento: -
Bairro: Centro Cidade: Mamanguape Estado: PB CEP: 58280-000
E-mail: Abraque@igmail.com Tel. (DDD): 831991928028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 76786 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 09/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Maria Glorinha Tomé
CPF: 978861654-2
Maria Glorinha Tomé
Assinatura
2ª Nome: Jonilson Matheus Soares
CPF: 073.543.434-47
Jonilson Matheus Soares
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS. ABR. 2019



**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: 3190265434
Nome do(a) Examinado(a): Joselito Matias da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Otavio Monteiro, S/N A
Centro Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2642335
Data local do acidente: [22/09/2018]
Data local do exame: [27/09/2019] 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 DA ESCÁPULA DIREITA.
FRATURA DE MÚLTIPLOS OSSOS DA FACE (ZIGOMÁTICO E MAXILAS).**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO OMBRO DIREITO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DE FACE, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS.
Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 21/12/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM IMPOSSIBILIDADE DE ELEVAÇÃO ACIMA DA ALTURA DO OMBRO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E QUEIXAS DE DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (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 MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO PRINCIPALMENTE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS

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 seqüela 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):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: (X) 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

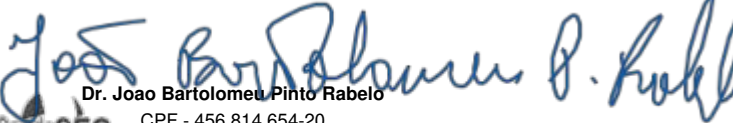
Região Corporal (Sequela):

% 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2019

Ocorrência nº. 0627/2019

Aos 28 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SIMONE QUIRINO DE AS MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira, aí, por volta 16h:13min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSELITO MATIAS DA SILVA, conhecido por -, Identidade nº 2842335-SSP/PB, CPF nº 07878791422, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sebastiao Matias Da Silva E Geralda Barbosa Moreira, natural de Dona Ines/PB, nascido(a) em 02/03/1982, do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia Gupiuna Do Meio, Marcação-Pb, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato (83)988512688.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 22 de setembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 10h:0min;
- 4) LOCAL: ENTRADA DO CATU-PROXIMO A MATARCA-PB.
- 5) DESCRIÇÃO DO(S) BEM(S)/VALOR(ES)/OBJETO(S) FURTADO(S):

- 6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:

- 7) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE na hora e local acima descrito o comunicante estava de carona na moto de PLACA:MNU9325/PB, COR:VERMELHA, ANO/MOD:2007/2007, MAR/MOD:HONDA/CG 150 TITAN KS, CHASSI:9C2KC08107R144869 licenciada em nome de CRISTIANO LUCAS DE FARIAS, quando a moto sobrou na curva causando o acidente; QUE o comunicante foi socorrido e levado ao TRAUMA DA CAPITAL-PB e la tomados o atendimento necessario; QUE o comunicante foi diagnosticado inicial conforme LAUDO:FRATURA DO ZIGOMA DIREITO+FRATURA DA MAXILA DIREITA+FRATURA COMINUTIVA DA ESCAPULA CID 10 S 02 4, S 42 1; QUE o comunicante se encaminhou ate essa delegacia de policia para registrar.

- 8) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

JOSELITO MATIAS DA SILVA

Comunicante

Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira
ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0119865/119 CPF da vítima: 078787934-22 Nome completo da vítima: Jonelito Matheus da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jonelito Matheus da Silva CPF: 078787934-22
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Otávio Monteiro Número: 93A Complemento: -
Bairro: Centro Cidade: Mamanguape Estado: PB CEP: 58280-000
E-mail: Abraque@igmail.com Tel.(DDD): 831991928028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 76786 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 09/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Maria Glorinha Tomé
CPF: 978861654-2
Maria Glorinha Tomé
Assinatura
2ª Nome: Jonilson Matheus Soares
CPF: 073.543.434-47
Jonilson Matheus Soares
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS. ABR. 2019



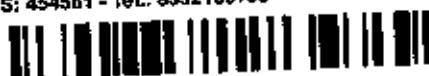


Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1110172



Identificação do paciente

ID 1328624	Nome JOSELYTO MATIAS DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 02/03/1962	Idade 36 anos 7 meses	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião	Prontuário 111256
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA	Pai SEBASTIAO MATIAS DA SILVA		Responsável (Parentesco) ITACIANA MARIA PEREIRA - ESPOSO(A)	
Escolaridade	Resposta		Resposta	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988512688	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2842335	Nº Cns 700400793556450		
Local de procedência MATARACA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade DONA INES	CBO/R		

Endereço

CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro BOM JESUS
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 22/09/2018 12:05:57	Número da pulseira 1000005154448	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente ZONA RURAL	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Como transportado AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos



Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

CID

Tempo
01min 33seg

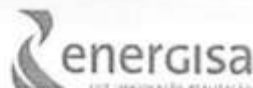
Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica: N° 004.924.723



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

KATIA MARIA DA SILVA
RUA OTAVIO MONTEIRO 93 A
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1768818-5

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

12/04/2018

CONSUMO

82

VENCIMENTO

19/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,51

Acesse: www.energisa.com.br



DESTIQUE AQUI

KATIA MARIA DA SILVA

Roteiro: 06-014-045-3705

83690000000-8 47510054000-8 17688182018-5 04700014019-5

VENCIMENTO

19/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,51

MATRÍCULA

1768818-2018-04-7



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

Joselito Matias da Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF Nº 078.787.914-22, e RG N º 2.642.335 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua José Nunes de Menezes, S/N, Planalto I, declara que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu dia 22 de setembro de 2018, recusa a assinar a "Declaração de proprietário do veículo", que a Seguradora Lider exige.

Solicito que substituam a declaração do proprietário do veículo por essa declaração, visando o recebimento do seguro DPVAT.

Mataraca/PB, 27 de maio de 2019.



Joselito Matias da Silva
CPF Nº 078.787.914-22
(Solicitante)



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 1110172 e PRONTUÁRIO nº 111225

PACIENTE: JOSELITO MATIAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02.03.82

Data e Hora do Atendimento: 22.09.18



Horário: 12:05h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital procedente de Mataraca vítima de acidente de motocicleta, orientado, apresentando quadro de edema em região periorbitaria e geniana direita, hiposfagma direito, limitação da abertura bucal, suturas em ferimentos da face sem sangramento ativo no momento. Atendido pelo Dr. Paulo Germano Bezerra CRO 3680, Dr. Francinélcio Freitas CRM 9603, Dra. Ana Karina de Medeiros Tormes CRM 5724, Dr. Ricardo Rodrigues de Carvalho CRM 6628.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ZIGOMA DIREITO + FRATURA DA MAXILA DIREITA + FRATURA COMINUTIVA DA ESCÁPULA CID 10 S 02 4, S 42 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da face e tratamento conservador para a fratura da escápula e indicado retorno para tratamento cirúrgico em 28.09.18 para tratamento de fratura do zigoma e maxila direita.

ALTA HOSPITALAR: 24.09.18

Data da Emissão: 21.02.19

DR. GUENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBAHETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



Documento de Alta

Nome:		Número Prontuário:	
JOSEILTON MATIAS DA SILVA		111285	
Data de Nascimento:	Sexo:	Data de Internação:	Data da Alta:
00/00/1982	Masculino	23/09/2018 23:06:56	24/09/2018 09:54:26
Motivo da alta:			
ALTA HOSPITALAR			
Condição:			
PACIENTE EM CONDIÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR COM RETORNO DIA 28.09.18 PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO			
Resumo da internação:			
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM FRATURA DE ZIGOMA (D) FRATURA DE MAXILA (D) COM CONDIÇÕES FÍSICAS PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA TRATAMENTO DA FRATURA			
Resumo do Exame:			
ADIÇÃO: TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA DE ZIGOMA (D) FRATURA DE MAXILA (D) COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Tratamento:			
ALTA EM FIC COM RETORNO PARA DIA 28.09.18 PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO			
Diagnóstico:			
S02.0 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares			
Recomendações:			

Data: 04/10/2018

SAÚDE COLETIVA DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
FARMÁCIA DE FARMÁCIA





Identificação do paciente

ID 1328624	Nome JOSELITO MATIAS DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 35 anos 6 meses 20 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL
Mão GERALDA BARBOSA MOREIRA	Pal SEBASTIAO MATIAS DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SIBELLY RUBIA - ENFERMEIRA	
DDD Móvel 63	Fone Móvel 998612986	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2842335	Nº Cns 700400793658450
Local de procedência MATARACA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Emes	Naturalidade DONA INES	CBO/R

Endereço

CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro BOM JESUS
Número 5N	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 22/09/2018 12:05:57	Número de pulseira 1000005154448	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente ZONA RURAL	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 104 x 56 mmHg	Pulso	Temperatura
---------------------	-------	-------------

Exames complementares

Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA PELICIANO DA SILVA



Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Est. de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 94 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1110172



Identificação do paciente

ID 1328624	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1975	Idade 43 anos 8 meses 21 dias	Estado civil Prontuário
Mãe NAO INFORMADO	Religião	Pai NAO INFORMADO
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SIBELLY RUBIA - ENFERMEIRA	Resposta
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência MATARACA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro PRINCIPAL
Número 3N	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 22/09/2018 12:05:57	Número da pulseira 1000005154448	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente ZONA RURAL	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	Pulso 80	Temperatura 36,0°C
---------------------	-------------	-----------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente admitido no Hospital de Mataraca, apresentando trauma, apresentando TCE, SINTOMAS NO FOCO, após a realização de exame.

Ana Flávia Melo

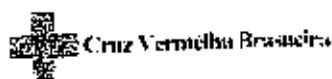
CNPJ: 14.190-010

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVATempo
01min 33seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 988512688
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA			Pronúncia	
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS		Nº Cons. Regional 96031
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 17:48:42		

Anamnese

ORTOPEDIA#
REAVIAÇÃO#

PACIENTE COM FRATURA DE CORPO DA ESCAPULA SEM ACOMETIMENTO ARTICULAR.

CD.: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA DA ORTOPEDIA AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.
HEMI-J + ANALGESIA + RETORNO AMBULATORIAL NO RTOP EM 10-15 DIAS COM ESPECIALISTA EM OMBRO.

STAFF.: DR CARLOS + DR TIBERIO.

Conduta

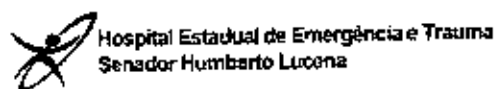
Em observação

Dr Francinélcio Freitas
Médico
CRM-PB 9803
CNS 703404579057900

JOSELITO MATIAS DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 96031)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSELITO MATIAS DA SILVA	1110172	22/09/2018 12:05:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
02/03/1982	36a 6m 22d	Masculino	700400793558450
Mãe			Telefone de Contato
GERALDA BARBOSA MOREIRA			(83) 988512688
			Prontuário
Endereço	Bairro	Município	UF
BOM JESUS, SN	CENTRO	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	5724/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/09/2018 12:05:57		23/09/2018 21:59:58	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA APROXIMADAMENTE 36H APRESENTANDO TRAUMA EM COLE. AVALIADO E LIBERADO PELA GERAL, ORTOPEDIA E NCR. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACUANTE, EUPNEICO. AO EXAME FISICO EDEMA EM REGIÃO PERIORBITÁRIA E GENIANA D, HIPOSFAGMA D. SEM QUEIXAS DE ALTERAÇÕES VISUAIS, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, SUTURAS EM FACE EM POSIÇÃO SEM SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS FLOGÍSTICOS. AO EXAME TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE ZIGOMA D + ARCO ZIGOMÁTICO D + PARASSAGITAL DE MAXILA. CD: SOLICITO INTERNAÇÃO + EXAMES PREOPERATORIOS.

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

CREATININA

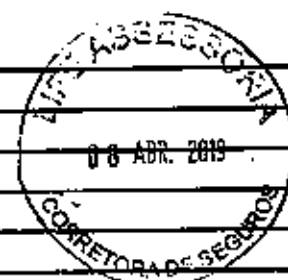
EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Boletim registrado por: BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA em 22/09/2018 12:07:30

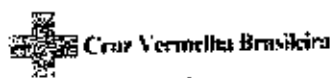
Internar Paciente



JOSELITO MATIAS DA SILVA

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

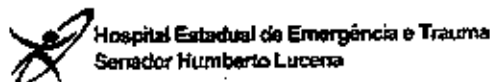
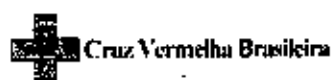
Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a fm 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 988512668
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA			Prontuário	
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57			Data/Hora Prescrição 23/09/2018 17:24:14	
Anamnese SOLICITO TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PACIENTE COM DOR EM COLUNA CERVICAL NÃO HAVIA SIDO FEITO INVESTIGAÇÃO DE COLUNA CERVICAL				
Conduta Em observação				

JOSELITO MATIAS DA SILVA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
CRM 6026
Neurocirurgião



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 968512688
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RENATA MOURA XAVIER DANTAS		Nº Cons. Regional 4525/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 12:05:57			Data/Hora Prescrição 23/09/2018 17:22:38	

Anamnese

Em tempo, realizada tentativa de exame clínico e paciente refere queixas algóicas cervicais. Solicito reavaliação da NCR.
E aguarda conduta da Ortopedia.

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA	BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA			Telefone de Contato (83) 988512688
Endereço BOM JESUS, SN	Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação S/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 20:57:15	

Anamnese

*****NEUROCIRURGIA****

PACIENTE ADMITIDO ONTEM AS 12:05 VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO

REALIZOU TOMOGRAFIA DE COLUMA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO

PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE ESCÁPULA EM TRATAMENTO CONSERVADOR COM ORTOPEDIA COM IMOBILIZAÇÃO

CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgião
CRM: 6628

JOSELITO MATIAS DA SILVA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)





[Handwritten signature]
RODOLFO TORRES SOARES

JOÃO ELITO MATIAS DA SILVA

Exame realizado com sucesso para a seção

CONCLUSÃO

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

CONCLUSÃO

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

CONCLUSÃO

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

CONCLUSÃO

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção

Exame realizado com sucesso para a seção



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Beixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 20d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 988512888
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	Nº Cons. Regional 6018/PB	
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 18:58:04		

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO.
O EXAME: GLASGOW 13, SEM DEFICIT MOTOR APENDICULAR, FCC SUTURADO NA
FACE, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL
TC DE CRANIO: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO E TEMPORAL A DIREITA
CD: OBSERVAÇÃO *sem*

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(: 6018/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

EA VERMELHA

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

TELEFONES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSELITO MATIAS DA SILVA		1110172	22/09/2018 12:05:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
2/03/1982	36a 6m 20d	Masculino	700400793558450	(83) 986512688
Nome		Prontuário		UF
GERALDA BARBOSA MOREIRA				PB
Endereço		Bairro	Município	Nº Cons. Regional
BOM JESUS, SN		CENTRO	MATARACA	3945/PB
Acidente		Profissional		
QUEDA / OUTROS		FABIO KENEY ALMEIDA TRIGUEIRO		
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
22/09/2018 12:05:57		22/09/2018 20:48:17		

Anamnese
 PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA MOTO, SEM USO DE CAPACETE, COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFÁLICO, EVOLUINDO EM BOM ESTADO GERAL, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EUPNEICO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, ECG 15, SEM DÉFICIT MOTOR, NEGANDO DOR EM ABDOME E REFERE DOR APENAS EM FERIMENTO FACIAL.
 USG FAST NEGATIVO, RX TÓRAX POUCO PENETRADO, PORÉM SEM ALTERAÇÕES.
 CD: ALTA DA CIR GERAL

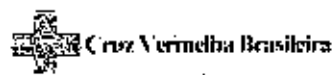
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta
 Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

FABIO KENEY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 39451PB)





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1962	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 988512685
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57			Data/Hora Prescrição 22/09/2018 22:14:13	

Anamnese

NCR

ACIDENTE, COM SINAIS DE EMBRIAGEZ, TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. NO MOMENTO CONSCIENTE. SECRETAMENTO CONFUSO.

AO EXAME FÍSICO:

GLASGOW 14

PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREATIVAS

LACERAÇÃO EM REGIÃO GENIANA DIRETA + FUNDO DE VESTÍBULO MANDIBULAR + REGIÃO ZIGOMÁTICA DIREITA + FRONTAL, SEM CONDIÇÕES DE

TC DE CRÂNIO: NDN

CD:

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA BMF

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgia
CRM - PB 7423

JOSELITO MATIAS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)





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 JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 985512688
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA		Prontuário		
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDSON DELGADO TINOCO		Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 01:52:20		

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR EM OMBRO DIREITO

RX DO OMBRO DIREITO EVIDENCIA FRATURA DO COLO DA ESCÁPULA

CD: SOLICITO TC DO OMBRO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FAZER RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

EDSON DELGADO TINOCO
(CRM: 7142/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 8m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 988512688
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57			Data/Hora Prescrição 23/09/2018 01:52:20	

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR EM OMBRO DIREITO

RX DO OMBRO DIREITO EVIDENCIA FRATURA DO COLO DA ESCÁPULA

ED: SOLICITO TC DO OMBRO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FAZER RECONSTRUÇÃO 3D)

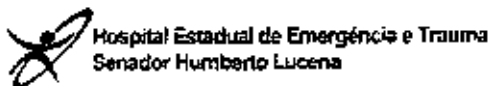
Conduta

Em observação

Dr. Edson Delgado Tinoco
CRM: 7142/PB
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

JOSELITO MATIAS DA SILVA

EDSON DELGADO TINOCO
(CRM: 7142/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1975	Idade 43a 8m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço PRINCIPAL, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU		Nº Cons. Regional 3777/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57			Data/Hora Prescrição 22/09/2018 14:09:09	

Anamnese

PACIENTE, COM SINAIS DE EMBRIAGEZ, TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. NO MOMENTO CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO E SEM SANGRAMENTOS ATIVOS EM FACE. AO EXAME FÍSICO: LACERAÇÃO EM REGIÃO GENIANA DIREIRA + FCC EM REGIÃO ZIGOMÁTICA DIREITA, SEM CONDIÇÕES DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DETALHADA NO MOMENTO. AO EXAME TOMOGRÁFICO: IMAGENS SUGESTIVAS DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILA DIREITO + PARASSAGITAL EM MAXILA.

CD:1)AGUARDO CHEGADA DE MATERIAL DE SUTURA PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO


CID10

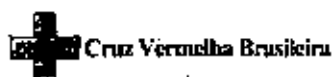
Código	Descrição
S01.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Em observação

PACIENTE NAO IDENTIFICADO


 RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
 (3777/PB)

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 PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1975	Idade 43a 8m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (65) 650000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço PRINCIPAL, SN		Bairro CENTRO	Município MATARAÇA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO		Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 12:38:11		

anamnese

paciente vítima de acidente de moto com trauma de crânio e face, apresentando extensos ferimentos na face mais a direita, com intenso sangramento e tb na cavidade oral, está sob efeito de bebidas alcoólicas, sonolento, sem responder as solicitações. apresenta tb trauma no ombro direito.
estado geral comprometido, desidratado, taquicárdico, sonolento.
glasgow 12
tórax sem queixas
abdômen plano sem dor.
membros sem alterações.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 NG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

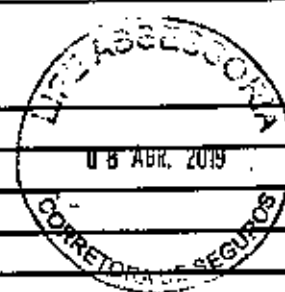
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 22/09/2018 12:07:30





Rua Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 23/09/18 22:...

Usuário: ANA KARINA DE

Boletim 1110172



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSELITO MATIAS DA SILVA	Data de 02/03/1982	Idade 36a 6m 22d	Sexo MASCULINO	Nº 1110172	Nº Prontuário	Data Prescrição 23/09/2018 21:59:58
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 23/09/2018 21:59:00 - 24/09/2018 21:59:00			
Convênio SUS	Matrícula			Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA	0,0		Observação: PASTOSA	ORAL			23/09/18 17:17
2 CEFALOTINA 1G	1000,0	MG		E.V.		6/6H	23/09/18 17:17
3 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	23/09/18 17:17
4 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	23/09/18 17:15
5 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	23/09/18 17:11
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
6 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	500,0	ML		E.V.		8/8H	23/09/18 17:32
7 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0						23/09/18 17:17
8 SSVV + CCGO	0,0						23/09/18 17:17

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
CRM: 5724



Dr. Klebson Almeida Pereira
COREN-PB 368712-ENF

23 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 22/09/18 21:08
 Usuário: EVALDO SALES
 Boleim: 1110172

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOSELITO MATIAS DA SILVA
 Motivo do Atendimento: Mal do Alívio

Data de Nascimento: 02/03/1982
 Idade: 36a 6m 21d
 Sexo: MASCULINO
 Nº Proprietário: 1110172
 Data Prescrição: 22/09/2018 21:08:42

Validade da Prescrição: 22/09/2018 21:08:00 - 23/09/2018 21:08:00

Enfermaria / Leito: _____

Matrícula: _____

Convênio: SUS

(OBS)

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIETA	0.0			Observação: PASTOSA	ORAL	
2	JELCO HEPARINIZADO	0.0				E.V.	
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.	24 12 18 34
	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML				
4	RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	50.0	ML			E.V.	24 08 16 34
	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML				
5	DEXAMETASONA 10MG/2.5ML (AMPOLA 2ML)	2.5	ML			E.V.	24 12 34
	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML				24 08 12 18 34
6	CEFALOTINA 1G	1.0	MG			E.V.	
7	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.	24 12 34
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML				
8	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG			E.V.	24 12 34
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML				
9	TRAMADOL 50MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML			E.V.	24 12 34
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML				



Edvaldo V. Gomes
 Enfermeiro
 Coreq / PB.170735

22 de Setembro de 2018

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
 CRM: 3985

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data:	22/09/18 21:08
Usuário:	Evaldo Sales
Bolém	1110172



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Fronteiriço		Data Prescrição	
JOSE LITO MATIAS DA SILVA		02/03/1982		36a 6m 21d		MASCULINO		1110172				22/09/2018 21:08:42	
Módulo do Atendimento		Enfermarias / Leito						Validade da Prescrição					
												22/09/2018 21:08:00 - 23/09/2018 21:08:00	
Convênio				Matrícula								Senha	
SUS													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						
11 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0						
12 SSVV + CCGG	0,0						

22 de Setembro de 2018
Cláudio Sales Hoff Jr.
 Gerente Sudoeste
 Implantação do Sudoeste
 CRO - RJ 3985

Assinatura e Carimbo do Profissional

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
CRM: 3985

Edvaldo R. V. Gomes
Enfermeiro
Coren RJ 2.175793



Data: 22/09/18 12:38
 Usuário: FABIO KENEDY
 Botão: 1110172

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Nº	Data Prescrição
PACIENTE NAO IDENTIFICADO	01/01/1975	43a An 21d	MASCULINO	1110172	1110172	1110172	22/09/2018 12:38:11
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição						
	22/09/2018 12:38:00 - 23/09/2018 12:38:00						
Convênio	Matrícula		Senha				
SUS							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	14-08-18
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000,0	ML		E.V.		AGORA	
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	14-08-18
4 AFERIR PA E FC	0,0						
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0						
7 PARECER ORTO	0,0						

22 de Setembro de 2018

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
 CRM: 3945

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831587714

Data Nasc: 01/01/1975 - 43 anos

Paciente: PNI BE 1110172

Data Exame: 22/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Não há sinais de coleções extra-axiais.
Fratura nos ossos da hemiface á direita
Hemossinus

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 22/09/2018 23:23.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831587714

Data Nasc: 01/01/1975 - 43 anos

Paciente: PNI BE 1110172

Data Exame: 22/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

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

Análise

Fratura dos ossos da hemiface à direita

Hemossinus

Septo nasal sem desvios significativos.

Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

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 22/09/2018 23:22.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831587714

Data Naso: 01/01/1975 - 43 anos

Paciente: PNI BE 1110172

Data Exame: 22/09/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Ectasia do ducto hepatocolédoco.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 22/09/2018 18:17.

Dra. Norma C. M. F. Montenegro
CRM: 9697- PB

[illegible]

01575910

PACIENTE: JOSÉ LITO MATIAS DAS SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 22/08/18

Nº PRONTUÁRIO: 110172 FICHA:

MÉDICO (CARIMBO):

DIAGNÓSTICO: FEADICHA MACILTA

PROCEDIMENTO: 07FAVALLIACA0

+ INTERAMENTE

**SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO**

F(NG).APC.035-1





ESPECIALIDADES:

- Cardiologia
- Clínica Médica
- Dermatologia / Dermato-Funcional
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia e Obstetrícia
- Medicina do Trabalho
- Neurologia
- Otorrinolaringologia
- Ortopedia / Traumatologia
- Pediatria
- Psiquiatria
- Urologia

SERVIÇOS:

- Acupuntura
- Fisioterapia
- Fisioterapia Estética
- Fonoaudiologia
- Hidroterapia
- Hidroginástica
- Laboratório de Análises
- Clínicas - Labclin
- Nutrição
- Psicologia
- Pilates

EXAMES

- Audiometria / Impedanciometria
- Aplicação de curativos
- Colposcopia / Vulvoscopia
- Eletrocardiograma
- Eletroencefalograma
- Endoscopia Digestiva
- Lavagem de Ouvido
- Raio-X / Escanometria
- Risco Cirúrgico
- Teste da Orelhinha
- Ultrassonografia Geral
- Videolaringoscopia

LAUDO MÉDICO

O paciente Jonilto Matias da Silva, sofreu acidente de moto ocorrido em 09/18, apresentando Fratura da Omoplata D, CID-42.1, tendo feito tratamento conservador, resultando como seqüela: dor local + limitação de movimentos + perda (diminuição) da força muscular, com percentual de 50% da função do membro D, com transtorno de face associado, com fraturas CID-502.4, apara estabilização de fraturas

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Apoio

Rua Dom Vital, 127 - Centro - Mamanguape / PB

Fone / Fax: (83) 3292-2900 / 3292-2659 - E-mail: inter-clin@hotmail.com

mastigatória.

09/09/19
Dr. Emerson Martins Teixeira
C.R.F. 133.219-9/SP CRM 2516
TRAUMATOLOGIA - ORTODONTIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 2042335 DATA DE EXPEDIÇÃO 09 ABR. 1999

NOME JOSELITO MATIAS DA SILVA

FILIAÇÃO Sebastião Matias da Silva
Geralda Barbosa Moreira

NATURALIDADE Dona Inês-PB DATA DE NASCIMENTO 02.03.1982

DIG. ORIG. Cert. Nas. 5647. Fls. 113-V. Liv. 06-
A. Cart. Dona Inês-PB.

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 20.08.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DI.P.46

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
078.787.914-22

Nome
JOSELITO MATIAS DA SILVA

Nascimento
02/03/1982





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jozeito Matias da Silva
DATA DO ACIDENTE 22/09/2018 CPF DA VITIMA 078.48.4934-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E _____
ENDERECO DO PORTADOR Rua Ofevo Monteiro
Nº 93A COMPLEMENTO - BAIRRO Genhó
CIDADE Panamanguape UF PE CEP 58280-000
E-MAIL _____ TELEFONE (35) 993928029

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MEDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTIÊM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MEDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTIÊM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
- MORTE = R\$ 13.500,00
- VALORES DE INDENIZAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/04/2019
IDENTIDADE 4042335
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08/04/2019
NOME [Assinatura]
ASSINATURA [Assinatura]

REPÚBLICA
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

01-P-10

Maria Elisângela Tomé

CARTÃO DE IDENTIDADE



UNIDADE EMIDIOCA INSTITUTO NACIONAL

754355 DATA DE EMISSÃO 14 AGO 1992

NOME MARIA ELISÂNGELA TOMÉ
ANTONIO TOMÉ
MARIA DE LEURDES TOMÉ

JOÃO PESSOA-IB
23-12-1975
DATA DE NASCIMENTO

LOC. ORIGIN. Cart. Tasso Nº 5.398, Fls. 43, Liv. A-7
4º Cart. J. Pessoa-IB.
CP 978.861-65

LEIT. 7.180.220.83

energisa

Emissão: 24/01/2017 Referência: 25h/2016

资料来源：根据《中国统计年鉴》、《中国农村统计年鉴》和《中国人口统计年鉴》整理。

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFAMILIAR: 30222, m² 15 - Cotto Redonda - João Pessoa - Paraíba - CEP 51.000-000

Phone: 14-0-331-0210 Tel. en español: 0800-999-1111

Copyright © 2001 by John Wiley & Sons, Inc.

[illegible]

C&L para Déb. Automático: 0001797777

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	24/01/2019	22/02/2019	979.861.654-20

UC (Unidade Consumidora): 5/1792273-3

Canal de contato

Quer reduzir custos de luz? Assim, há duas possibilidades: mudar-se para uma cidade com tarifa mais barata, ou simplesmente mudar-se para uma cidade com tarifa mais barata.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/12/10	4149	31/01/10	4364	1	161	30

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa (%)	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Cofins(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	PIS/Cofins(R\$)	(1,0845%)(4,3025%)
0803	Consumo em kWh	191.000,00	0,25	47.750,00	163,19	163,19	37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			6,43	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,50	0,00	0	0,00
0805	MULTA 12/2018			3,61	0,00	0	0,00



CC: Código de Clasificación de Item	TOTAL	173.03	183.19	44.08	163.19	1.78	8.15
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

43

31/01/2019

R\$ 173.03

Historico de Consumo (kWh)

134	140	138	129	132	141	125	125	126	146	158	175
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18

RESERVADO AO FISCO

4eae.ddff.38f7.af5f.82ff.83a2.3502.f17b

Indicadores de Qualidade

Composição do Consumo

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIÁRIAS	5	7,50	NORMAL	220	Salários de Dir. de Energia P. e	15,75	21,43
TRIMESTRAIS	14,40				Salários de Engen.	15,20	20,93
SEMANAIS	1,60				Salários de Administrad.	9,60	13,16
QUOTIDIANAS	0,80	1,00	CONTRATADA	200	Salários de Serv. de	9,60	13,16
TRIMESTRAIS	2,40				Impostos Diretos e Encargos	43,00	58,31
SEMANAIS	0,30		LIMITE SUPERIOR	230	Outros Serviços	0,00	0,00
QUOTIDIANAS	0,15	2,50	INTELA SUPERIOR	231			
					Total	173,03	100,00

Yan et al. BMC Public Health (2015) 15:102

Faturas em atraso

ATENÇÃO

- Lectura confirmada a

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
COMISSÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JENILSON MATILDE SOARES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2842029 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
073.543.434-47 08/03/1990

FILIAÇÃO
ADEMAR GOMES SOARES
LUCIA DE FATIMA
MATILDE SOARES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
D

Nº REGISTRO
04441008407

VALIDADE
27/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
28/08/2008

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV. REMUNERADA:



Jenilson Matilde Soares

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2014

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

30057519345
PB027920372

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

894240885

PROIBIDO PLASTIFICAR

894240885

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolinho para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 020.422.174



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 000140 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS
AV ORLANDO PEREIRA DE BRITO 02 A
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1281590-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

19/02/2019

CONSUMO

146

VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 128,71

Acesse: www.energisa.com.br



DETACHE AQUI

MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS

Roteiro: 12-002-555-6310

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

VENCIMENTO

01/04/2019

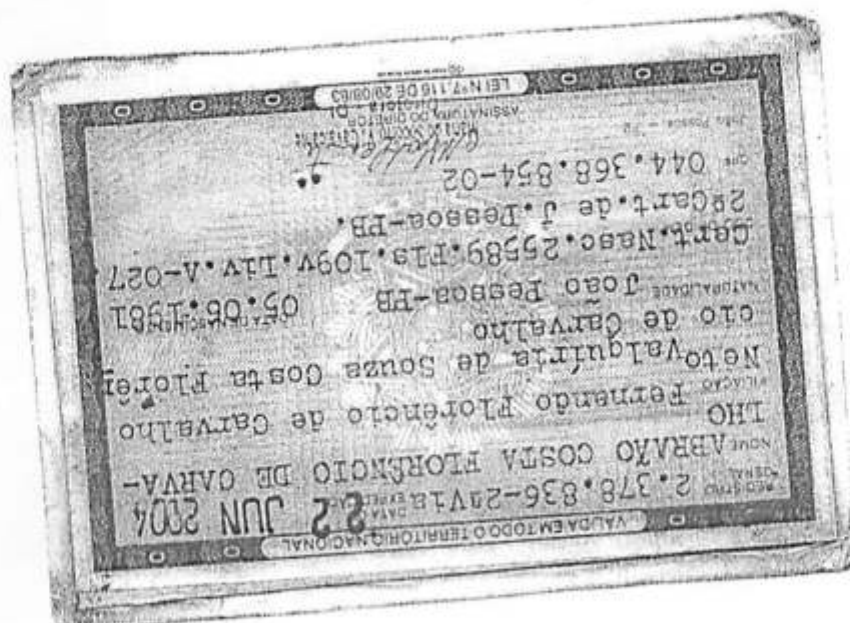
TOTAL A PAGAR

R\$ 128,71

MATRÍCULA

1281590-2019-02-2







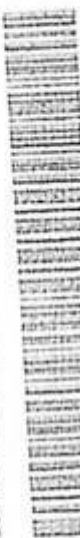
Unimed
Toda Pessoa

FAC

9312261356-DR/PB
UNIMED - JP
07/01/2019



DEBIE FERRE (CORREI)
ABRAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO
RUA JOAO AMORIM, 355
ED FELICIDADE
CENTRO
58013-310 JOAO PESSOA - PB



32 11220104 01456 00600000420 30 070119

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190265434

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do acidente: 22/09/2018

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.
FRATURA DE MÚLTIPLOS OSSOS DA FACE (ZIGOMÁTICO E MAXILAS).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM IMPOSSIBILIDADE DE ELEVAÇÃO ACIMA DA ALTURA DO OMBRO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E QUEIXAS DE DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 22/9/2018, TENDO SOFRIDO FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA QUE FOI TRATADA CONSERVADORAMENTE E FRATURA DOS OSSOS DA FACE QUE FOI TRATADA CIRURGICAMENTE NO DIA 28/9/2018, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURA PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM IMPOSSIBILIDADE DE ELEVAÇÃO ACIMA DA ALTURA DO OMBRO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E QUEIXAS DE DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50