

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: BIVALDO ALVES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180543964
Vítima: BIVALDO ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 04/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543964**.

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

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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

053 695 214 09 Rivaldo Alves da Silva

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

Nome completo:

CPF:

053 695 214 09

Profissão:

Endereço:

Número:

Garçom

Rua Dr. Euclides N. Oliveira

82

Bairro:

Cidade:

CEP:

Mangabeira

João Pessoa

58057-000

E-mail:

Estado:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0729

CONTA: 03656

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider 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. Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/2012
Nome: Rivaldo Alves da Silva
CPF: 053.695.214-09

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Rivaldo Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.



0729

013

3656 - 6



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02172.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02172.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:31 horas do dia 09 de novembro 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 Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Bivaldo Alves da Silva**, CPF nº 053.695.214-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Francisca Severina da Silva e João Alves da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Dr.euclides Neiva de Oliveira, Nº 101, complemento APT 101-MANGABEIRA IV, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Antiga A&C, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98638-8041.

Dados do(s) Fatos:

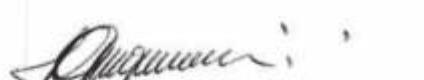
Local: Av Epitacio Pessoa, Hotel Royal, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/18 04:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/POP 110 I, ano e modelo:2017 de cor vermelha, placa QFM 8904/PB,Chassi nº 9C2JB0100HR254207,registrado em nome do notificante;QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão quando sentiu uma sonolência e terminou por colidir em um objeto fixo (placa)que devido ao impacto veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 25.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID S00,9 +S01,8+S62,6 e S83,1

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

João Pessoa/PB, 09 de novembro de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigacao



BIVALDO ALVES DA SILVA

Noticiante



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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

053 695 214 09 Rivaldo Alves da Silva

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

Nome completo:

CPF:

053 695 214 09

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Rua Dr. Euclides N. Oliveira

59057-000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729

CONTA: 03656

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 Lider 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. Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/2012
Nome: Rivaldo Alves da Silva
CPF: 053.695.214-09

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Rivaldo Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.



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



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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/114, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2151263, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **BIVALDO ALVES DA SILVA** idade 34 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x objeto fixo)** no dia 04/08/2018, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Miramar - João Pessoa - aproximadamente às 04:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ 5ª Região: 10171

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



ANGELICA DE FATIMA MOSINHO PEREIRA
RUA DR EUCUDES NEIVA OLIVEIRA, 82 / AP 101 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58057-000 (AG: 1)

Emissão: 25/06/2019 Referência: Jun/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

Report 14-5-372-7440 NF medidor 00001372141

ENERGIA PARAÍBA - DA TRIPLA COR DA ENERGIA PARAÍBA - CEP 58021-000

km 25 - Chico Mendes - JHS Pessac PB - DEPESQ 1-600
CAE 108-006 1-3 10001-49 Iss Est 16-015 825-0

CHP JUS 086 180-0001-40 892 291-18-0128000

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 00546-200

Cód. para lib. Automática: 00013185873

Digitized by srujanika@gmail.com

2010/2011

25/05/2018

25/07/2018

1939267412

1000

UC (Unidade Consumidora):

5/1318567-3

DATA	LEIAVAR	DATA	LEIAVAR	1	20	31			
24/05/18	17925	25/05/18	17945						
RESUMO									
				Triplas, Triplas, ICMS/RS, ICMS	Per. Sist. (R\$) (-1.600%) 4.142,4%				
0301 Consumo em kWh	120.000,0	0,721880	67,34	67,34	27	23,59	67,34	0,79	3,82
0301 Adic. B. Aramápolis			7,72	7,72	27	2,11	7,72	0,00	0,00
0301 Adic. B. Vermeia			8,91	8,91	27	1,88	8,91	0,06	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0207 CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA			3,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO: Caderno de Classificação do Item. TOTAL: 38,42 94,63 25,55 94,63 0,56 3,92

Média Últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
ac. 16/07/2018 R\$ 98,42

83 1 39 1 92 29 93 162 92 1 21 1 108 1 01 1 122 1 07
2017 2017 Aug 17 Sep 17 Oct 17 Nov 17 Dec 17 Jan 18 Feb 18 Mar 18 Apr 18 May 18

RESERVADO A 21850 257 0864 8098 1875 0e32 424a 6b32

SEGUNDO		
SEGUNDO TRIMESTRAL	13,38	22
EDCANAL	21,77	
SEGUNDO MENSAL	3,23	
TERCER TRIMESTRAL	5,47	20
EDCANAL	12,8*	23
OTRO	?	
OTRO		

Composição do Consumo Discriminado	Valor
Serviço de Dist. da Energia/PB	22,35
Compra de Energia	22,34
Serviço de Transportes	3,45
Entregas Setoriais	6,18
Impostos Diretos e Encargos	34,11
Outras Serviços	0,00
Total	98,42
	R\$0,00

Yannick BOURGEOIS 47298183260

13 NOV. 2018
PROTOCOL
APES

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE FLOODE COSTA QUARTE, 167 SALA 05 - MANGABEIRA
JACAREÍ-PE CEP: 5235514 (AD-1)

Emissor: 00100000 Referência: 017/2018
Centro de Atendimento: COMERCIO ALMOCHEIRAS CO 01091-010
Número: 12-81-383-488 16983562018-7 10600005019-0
Data: 2018-10-22 16:45:41 16983562018-7 10600005019-0

energisa

ENERGISA SISTEMA DE ENERGIA

Centro de Atendimento: COMERCIO ALMOCHEIRAS CO 01091-010

Numero: 12-81-383-488 16983562018-7 10600005019-0

Data: 2018-10-22 16:45:41 16983562018-7 10600005019-0

Nota Fiscal: 00100000 Referência: 017/2018-7 10600005019-0

Código para Dívida Automática: 00010005019-0

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010 842 224-16

UC (Unidade Consumidora):	5/1698358-7
Canal de contato	

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
2018/10/22 22:00	2018/10/22 22:00	1074		000
Demonstrativo				
001. Demanda	Quantidade Táffico	Vazão Básica	Alt. Vazão	Período
		Tráfego Total (KWh) (CMN/RS) (CMG)	Período (KWh) (CMN/RS) (CMG)	
001. Consumo kWh	214.000 0.602625	17976.21	4434	172.75
001. Adm. Vermoto		15.72	3.87	15.72
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
001. CONTROLE SERVILM PÚBLICA		0.00	0.00	0.00

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

2018-10-22 2018-10-22 (kWh) R\$ 207,23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 80 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 190 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 210 221 222 223 224 225 226 227 228 229 220 231 232 233 234 235 236 237 238 239 230 241 242 243 244 245 246 247 248 249 240 251 252 253 254 255 256 257 258 259 250 261 262 263 264 265 266 267 268 269 260 271 272 273 274 275 276 277 278 279 270 281 282 283 284 285 286 287 288 289 280 291 292 293 294 295 296 297 298 299 290 301 302 303 304 305 306 307 308 309 300 311 312 313 314 315 316 317 318 319 310 321 322 323 324 325 326 327 328 329 320 331 332 333 334 335 336 337 338 339 330 341 342 343 344 345 346 347 348 349 340 351 352 353 354 355 356 357 358 359 350 361 362 363 364 365 366 367 368 369 360 371 372 373 374 375 376 377 378 379 370 381 382 383 384 385 386 387 388 389 380 391 392 393 394 395 396 397 398 399 390 401 402 403 404 405 406 407 408 409 400 411 412 413 414 415 416 417 418 419 410 421 422 423 424 425 426 427 428 429 420 431 432 433 434 435 436 437 438 439 430 441 442 443 444 445 446 447 448 449 440 451 452 453 454 455 456 457 458 459 450 461 462 463 464 465 466 467 468 469 460 471 472 473 474 475 476 477 478 479 470 481 482 483 484 485 486 487 488 489 480 491 492 493 494 495 496 497 498 499 490 501 502 503 504 505 506 507 508 509 500 511 512 513 514 515 516 517 518 519 510 521 522 523 524 525 526 527 528 529 520 531 532 533 534 535 536 537 538 539 530 541 542 543 544 545 546 547 548 549 540 551 552 553 554 555 556 557 558 559 550 561 562 563 564 565 566 567 568 569 560 571 572 573 574 575 576 577 578 579 570 581 582 583 584 585 586 587 588 589 580 591 592 593 594 595 596 597 598 599 590 601 602 603 604 605 606 607 608 609 600 611 612 613 614 615 616 617 618 619 610 621 622 623 624 625 626 627 628 629 620 631 632 633 634 635 636 637 638 639 630 641 642 643 644 645 646 647 648 649 640 651 652 653 654 655 656 657 658 659 650 661 662 663 664 665 666 667 668 669 660 671 672 673 674 675 676 677 678 679 670 681 682 683 684 685 686 687 688 689 680 691 692 693 694 695 696 697 698 699 690 701 702 703 704 705 706 707 708 709 700 711 712 713 714 715 716 717 718 719 710 721 722 723 724 725 726 727 728 729 720 731 732 733 734 735 736 737 738 739 730 741 742 743 744 745 746 747 748 749 740 751 752 753 754 755 756 757 758 759 750 761 762 763 764 765 766 767 768 769 760 771 772 773 774 775 776 777 778 779 770 781 782 783 784 785 786 787 788 789 780 791 792 793 794 795 796 797 798 799 790 801 802 803 804 805 806 807 808 809 800 811 812 813 814 815 816 817 818 819 810 821 822 823 824 825 826 827 828 829 820 831 832 833 834 835 836 837 838 839 830 841 842 843 844 845 846 847 848 849 840 851 852 853 854 855 856 857 858 859 850 861 862 863 864 865 866 867 868 869 860 871 872 873 874 875 876 877 878 879 870 881 882 883 884 885 886 887 888 889 880 891 892 893 894 895 896 897 898 899 890 901 902 903 904 905 906 907 908 909 900 911 912 913 914 915 916 917 918 919 910 921 922 923 924 925 926 927 928 929 920 931 932 933 934 935 936 937 938 939 930 941 942 943 944 945 946 947 948 949 940 951 952 953 954 955 956 957 958 959 950 961 962 963 964 965 966 967 968 969 960 971 972 973 974 975 976 977 978 979 970 981 982 983 984 985 986 987 988 989 980 991 992 993 994 995 996 997 998 999 990 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1000 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1010 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1020 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1030 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1040 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1050 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1060 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1070 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1080 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1090 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1100 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1110 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1120 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1130 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1140 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1150 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1160 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1170 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1180 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1190 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1200 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1210 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1220 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1230 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1240 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1250 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1260 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1270 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1280 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1290 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1300 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1310 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1320 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1330 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1340 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1350 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1360 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1370 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1380 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1390 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1400 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1410 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1420 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1430 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1440 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1450 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1460 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1470 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1480 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1490 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1500 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1510 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1520 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1530 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1540 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1550 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1560 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1570 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1580 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1590 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1600 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1610 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1620 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1630 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1640 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1650 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1660 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1670 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1680 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1690 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1700 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1710 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1720 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1730 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1740 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1750 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1760 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1770 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1780 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1790 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1800 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1810 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1820 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1830 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1840 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1850 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1860 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1870 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1880 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1890 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1900 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1910 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1920 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1930 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1940 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1950 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1960 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1970 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1980 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 1990 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2000 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2010 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2020 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2030 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2040 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2050 2061 2062 2063 2064 2

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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

053 695 214 09 Rivaldo Alves da Silva

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

Nome completo:

CPF:

053 695 214 09

Profissão:

Endereço:

Número:

82 AP 101

Bairro:

Cidade:

Estado:

PB

CEP:

59057-000

E-mail:

Logradouro:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729

CONTA: 03656

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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. Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/2012
Nome: Rivaldo Alves da Silva
CPF: 053.695.214-09

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Rivaldo Alves da Silva

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BIVALDO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 03/04/84
NOME DA MÃE FRANCISCA SEVERINA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.099.061
Nº PRONTUÁRIO 110.263
DATA DO ATENDIMENTO 04/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 05:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO FRONTAL + FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO E + LUXAÇÃO DO JOELHO
CID 10 S 00.9 + S 01.8 + S 62.6 + S 83.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x placa), apresentando ferimento contuso em região frontal, com sonolência, desorientado, além de dor intensa e deformidade no joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da mão E - AP e P
RX da coxa E - AP e P
RX do joelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



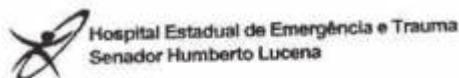
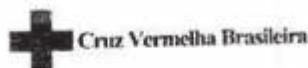
TRATAMENTO:

Fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão E + luxação do joelho E ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 26/08/18
DATA DA EMISSÃO: 25/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1099061

**Identificação do paciente**

ID 1312854	Nome BIVALDO ALVES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34 anos 4 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110263
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA				Pai JOAO ALVES DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987230924	DDD Fixo 83	Fone Fixo 988953738	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2611311	Nº Cns:		
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade			UF PB
				CBO/R

Endereço

CEP 58064220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO
Numero SN	Complemento		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO

Admissão

Data e Hora 04/08/2018 05:20:43	Número da pulseira 1000006096273	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir





Documento de Alta

Nome: BIVALDO ALVES DA SILVA			Número Prontuário: 110263
Data de 03/04/1984	Sexo: Masculino	Data de Internação: 04/08/2018 14:37:39	Data de Alta: 26/08/2018 12:53:29
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO. PACIENTE COM HISTÓRIA DE REDUÇÃO ESPONTÂNEA. EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS. PROGRAMADO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR			
Resumo da Internação:			
Resultado de Exames:			
Tratamento:			
Diagnóstico: S83.1 - Luxação do joelho			
Recomendações: CARGA PARCIAL. TOMAR A MEDICAÇÃO PRESCRITA; EVITAR ATIVIDADE FÍSICA. REPOUSO.			

Data: 26/08/2018

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1099061



Identificação do paciente

ID 1312854	Nome BIVALDO ALVES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34 anos 4 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA	Pai JOAO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento: 2611311	Nº Crs		
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade	CBOP		

Endereço

CEP 58064220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO
Número SN	Complemento		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO

Admissão

Data e Hora 04/08/2018 05:20:43	Número da pulseira 1000006096273	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA mmHg Pulso Temperatura

Exames complementares

Raio X [1] Sangue [1] Urina [1] TC [1] Líquido [1] ECG [1] Ultrassonografia [1]

Books online

De acuerdo con su medida, el río se divide
en tres secciones principales, separadas, sin embargo,
por

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Impresión



THE COMMUNES

John C. H. Stetson
1870-1871

卷之三

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

EDUCATIVO E ASSISTENCIAL
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO CONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNPJ: 445365

Placa/CPF	BAE	Data/Hora Encerrada	
VALDO ALVES DA SILVA	1099081	04/06/2018 05:20:43	Data/Local
Data de Nascimento			
05/04/1984	Idade	Sexta	
	34 Anos	Manhã	Telefone de Contato
			(53) 99999-9999
Francisca Severina da Silva			Fone/Email
JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN	BR/01/01/0000	JOAC FRSSOA	UF
MOTOCICLETA	MOVING	PRIBR/2018	PIB
DATA/HORA CLASSIFICAÇÃO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCINILIO DE SOUSA FREITAS	N. Conta. N.º
04/06/2018 05:20:43			98603/
		Data/Hora Pŕemissa	
		04/06/2018 12:35:23	

Siamese

100-000-0001

SPEITA DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO, COM ALARGAMENTO DO ESPAÇO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, POSTERORIZAÇÃO DA TÍbia AO FLEVAR O MEPELO CALCANEU

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO INICIAL PELA VASCULAR E REAVALIAÇÕES CONFORME O NECESSÁRIO. DEVIDO O RISCO DE LESÃO VASCULAR ASSOCIADO AO TRAUMA EM QUESTÃO.

SOLDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR. OBSERVAÇÕES: PROVÁVEL LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO ORELHO.

PROCEDIMIENTO

ESTA MUESTRA PODRÍA SER OBSEQUIADA A:

Conclusion

Emerson

BVALS 31 NOV 2013

FRANCIA - LO DE BOUSA FRENTE
CREAMOS





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. GRESTES LISBOA, S/n, PEDRO SONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445335

Paciente

BIVALDO ALVES DA SILVA

SAB

109906

Data, Hora Emissão

04/03/2018 05:20:43

Data Emiss

04/03/2018

Data de nascimento

03/04/1984

Data

346 em 1d

Sexo

Masculino

CNS

Número de

02915000000

Mae

FRANCISCA SEVERINA DA SILVA

Salm

VALENTINA DE OLIVEIRA

M - Lado

JOÃO PESSOA

Lado

03

Pai

JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO SN

Pai

JOAC PESSOA

Pai

JOAC PESSOA

Lado

03

Profissão

MOTORISTA

Profissão

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissão

FRANCINILIO DE SOUSA PRETAS

Lado

03

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

14/03/2018 05:20:43

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta

16/03/2018 12:18:38

Data da Consulta



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		BAE 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data Baixa
Data de nascimento 03/04/1984		Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA				Prontuário
Endereço JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43			Data/Hora Prescrição 04/08/2018 08:28:19	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

paciente submetido a procedimento de sutura extensa da coxa direita.
alta da cirurgia geral.
aos cuidados da neurologia e ortopedia.

CUIDADOS**SUTURA DE FERIMENTO****CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

BIVALDO ALVES DA SILVA

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(: 2563/PB)

PROTÓCOLO
13 NOV. 2018
PROTÓCOLO
DE
PREVIDÊNCIA SÍN
1040 PESSOA



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	BAE 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data Baixa
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	CNS
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			Telefone de Contato (00) 00000000
Endereço JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43		Data/Hora Prescrição 04/08/2018 08:55:00	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

"TIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E LACERAÇÃO DA COXA DIREITA
RESOLVIDA PELA CIRURGIA GERAL.

SE APRESENTA CONFUSO E ALGO SONOLENTO NO MOMENTO.

APRESENTA DOR E DEFORMIDADE NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, COM CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO E
FERIMENTO PUNTIFORME NO LOCAL.

RX.: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 4º QDE.

CD.: LAVAGEM COM SF0,9% + SUTURA + AGUARDO PARECER DA NRC PARA TRANSFERENCIA PARA O
TRAUMINHA.

(FEITO PAPEIS DA TRANSFERÊNCIA)

PS.: CASO O PACIENTE PERMANEÇA EM OBS OU INTERNADO SOLICITAR PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTS)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 7 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

Conduta

Em observação

Dr. Francinélio Freitas
Médico
CRM PB 9603/

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
C. JOÃO PESSOA
PREVIDÊNCIA SÍN

卷之三

AREA LARANJA LINDO

Endereço: AV. ORESTES LIMA, 1000 - 38000-100 - SANTA MARIA - RS

Tel: 32165706

CNES: 2458276

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	PAE 1096031	Qualidade 04-08-2013 06:20:45	Qualidade Data Fatura
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	Residente Residente (03) 20000000
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			Proibido
Endereço JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SR.	Bairro VALÉNTINA DE FIGUEIREDO	CEP/UF 00000-000 00-000-0000	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	1103-0 ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Principais FERRICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS	100000-0000 00000-0000
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43		Resposta Previsão 04-08-2018 10:48:54	00000-0000

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE, GLASGOW 14. MOBILIZA 4 MEMBROS. NEGA CERVICALGIA. TD CRANICO SEM LESOES INTRACRANIANAS. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DE BLOCO. REAVIA VACAO PELA NEUROLOGIA.

C1010

Código	Descrição	
S06.9	Transtorno de humor de episódio agudo	

Conducta

Entzündungen

Dr. ERICKSON WILHELM
Neurochirurgie
CPMA 5005



THEORY OF THE STATE

二三

卷之三



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDUARDO BATISTA DE SALES		BAE 1096288	Data/Hora Entrada 22/07/2018 19:34:33	Data Baixa
Data de nascimento 24/08/1977		Idade 40a 10m 29d	Sexo Masculino	CNS 898000429820978
Mãe MARIA TEREZA BATISTA DE SALES				Telefone de Contato (83) 987624603
Endereço BOM JESUS, 1220		Bairro VARJÃO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	UF PB	Nº Cons. Regional 4149/PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 19:34:33		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 23:29:35		

Anamnese

CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. NEGA VÔMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DRENÇAS DE BASE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM BEG/LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VIAS AÉREAS LARVIAS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MALAR DIREITA E MENTAL, PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA ZIGOMATICA DIREITRA, DESNÍVEL EM CORPO DE MANDIBULA DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO INSTAVEL, AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO E CREPITAÇÃO NASAL MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADA. AO EXAME TOMOGRÁFICO APRESENTA SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO DIREITO E FRATURA DE CORPO DE MANDIBULA DIREITA (PRESENÇA DE ELEMENTO DENTÁRIO EM LINHA FRATURA).

CD:

1-AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO BMF

2- INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTS)

J.R

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTS)

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTS)

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTS)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)



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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

ANSAMINE PIRUVICA (TGP)

EIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

EDUARDO BATISTA DE SALES

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA
(: 4149/PB)





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES, 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 24/08/2018 07:55:00

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	Prontuário 110263
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 24/08/2018 07:54:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#18o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM

carga parcial com muletas e tensor em joelho

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 23/08/2018 09:24:42

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110263

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 23/08/2018 09:24:26)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#17o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
 #luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
 #Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
 #fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM

carga parcial com muletas e tensor em joelho

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491




 AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
 CNES: 445365 - Tel: 8332165700

 Impresso por: LAIANA
 KAREN DANTAS BARRETO
 Em: 22/08/2018 13:18:53

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 110263

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 22/08/2018 13:18:53)
EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#16o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
 #luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
 #Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
 #fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM

 amanhã conversar com o paciente para colocar imobilização e pensar em iniciar carga parcial
 raio-x de mão esquerda

vpm

 Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
 Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



 PROTOCOLO PESO
 19 NOV. 2018
 COORDENADOR PREVIDÊNCIAS SIA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 20/08/2018 07:44:41

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	Prontuário 110263
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 20/08/2018 07:44:23)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

#14o dpo de fratura exposta de 4o qde.
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção

RNM marcada para dia 16/08/2018

cd: aguarda resultado da RNM

discutir com preceptoria

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
N.º C. JOÃO PESO
SISTEMA PREVIDENCIÁRIO

P
i
B
D
O
T

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 110263

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 13/08/2018 07:09:03)**EVOLUÇÃO**

ROU PROCEDIMENTO:

ESL DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#Bo dih

#Bo dpo de fratura exposta de 40 qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção na segunda-feira com preceptor
cd: aguardo fazer RNMSeção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075



Cruz Vermelha Brasileira

Município: São Gonçalo - RJ
Estado: Rio de JaneiroGOVERNO
DA PARAÍBA

Centro de Atendimento

AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONZALVES
CNPJ: 445385 - Tel: 8332-06700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/08/2018 09:08:41

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA	1099051	04/08/2018 09:20:43	
Data de nascimento	Idade		Prontuário
03/04/1984	34	MASCULINO	110263
Tempo de Internação		Convênio	Plano
		SUS	DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/08/2018 09:08:09)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#60 dih

#60 dpo de fratura exposta de 40 qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e cultura am. doxa direita de bom aspecto sem sinais fisiológicos
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realização punção

cd: aguardo fazer RNM

Seção: POSTO IB - ENF 14 - Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8481





Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	Prontuário 110263
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução Médica (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 10/08/2018 07:47:39)
EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#Go dih

#5o dpo de fratura exposta de 4o qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estavel no leito

fo em nião esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguardo RNM + troca de tala inguino podálica

 Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
 Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



AV. ORESTES LISBOA, 89 - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 09/08/2018 09:07:07

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	Prontuário 110263
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução Médica (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/08/2018 09:06:21)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

#5o dñ

#4o dñ de fratura exposta de 40 qde

#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.

estável no leito

fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd. solicito tc de joelho esquerdo PELA SEGUNDA VEZ PORQUE NÃO FIZERAM DA PRIMEIRA + RNM DE JOELHO ESQUERDO

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM-8491



Karen C. 1983

FVO-LIQAC: REGISTRAÇÃO: LAJANA KAREN CANTES BARRETO - 03/08/2018 02:16:20

A. H. HARRIS: *Stigmella* - 807

Laranja (65) 3469-5100
C.R.M. MEDICA 8491



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Djalma Mendes de Souza BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 01/01/18

Clínica/Setor: UFSCar EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Ressecção de fígado hepato

Cirurgião: DR. Fábio 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: GA Horário: Início 10:00 Término 14:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fractura de fígado</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de fígado hepato</u>	
<u>Fractura de fígado</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Orlando Guedes Freitas
CRM 10.000
CNS 70.44346730.6270

João Pessoa, _____

PROTÓCOLO
PESO
19 NOV. 2018



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA



RETSUL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Francinella Freitas
CRM: 11403
SNS: 201579057800



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/01/18

PRONTUÁRIO:

SEXO: M COR: B

IDADE: 30

PACIENTE: N. M. M.

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE / HORA

ESTADO FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIAO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA

CPF

CRM-PB

ASISTENCIAS

C. 0

N. 0

C. 0







DUARTE E SILVA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, 157, Mangabeira, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98663-4900/ (83) 98660-2858

PROCURAÇÃO

BIVALDO ALVES DA SILVA, brasileira, casado, atendente, inscrito no RG de n.º 2611311 SSP/PB e CPF de n.º 05369521409, residente e domiciliado a Rua Dr Euclides Neiva Oliveira, n.º 82, apto 101, Renascença, Mangabeira IV, João Pessoa/PB

OUTORGADO(S): JOSÉ EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12578, ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA, OAB/PB 14438, MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, OAB/PB 17295, com escritório profissional sito a Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, n.º 157, Sala Mangabeira II, João Pessoa/PB, CEP: 58056-384, e-mail: duarteesilvaadvogados@outlook.com

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Bivaldo Alves da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 08 de novembro de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIRIÁ BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bai. Nômu Vaira Batista - Rodovia / Bel. Rosângela Vaira Batista - automóvel

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
SILVANO ALVES DA SILVA.....

BRUNO REYES DE SILVEIRA

É a test da verdade. Joao Pessoa-PB 09/11/2018 10:59:45

Maricleide Alexandre da Silva Moraes / ESCRIVANIA AUTOMOTIVA

[2018-029940]EMOL:R6 19-04 FARPNEN:HS 0,28 TEPJ:R6 1,91
EFLD:R1ETT111 ANG59257-1-1470

SELU DIGITAL: RR574233-6K10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419086/18

Vítima: BIVALDO ALVES DA SILVA

CPF: 053.695.214-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2018

Titular do CPF: BIVALDO ALVES DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BIVALDO ALVES DA SILVA : 053.695.214-09

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: 19/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA