



19/10/2020

Número: **0801397-77.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.350,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BIVALDO ALVES DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35609733	19/10/2020 10:26	2756914_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

Carta nº 13611886

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00010851



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: 05369521409 Nome completo da vítima: 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: Rivaldo Alves da Silva CPF: 05369521409

Profissão: Garçom Endereço: Rua Dr. Euclides N. Oliveira Número: 82 Complemento: AP101

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 57057-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENTA 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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 036566

(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
- ☒ 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

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 - PB 19/11/2018

Nome: Rivaldo Alves da Silva

CPF: 053.695.214-09

(*) 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: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

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

FPS.001 V001/2018





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 Investigação, 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.**

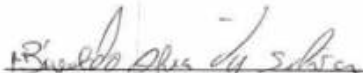
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 Investigação


BIVALDO ALVES DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 02172.01.2018.1.00.420



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: 05369521409 Nome completo da vítima: 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: Rivaldo Alves da Silva CPF: 05369521409

Profissão: Garçom Endereço: Rua Dr. Euclides N. Oliveira Número: 82 Complemento: AP101

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 57057-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENTA 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: 0729 CONTA: 036566

(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
- ☒ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/2018

Nome: Rivaldo Alves da Silva

CPF: 053.695.214-09

(*) 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: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

13 NOV. 2018

PROTOCOLADO

JOÃO PESSOA

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

FPS.001 V001/2018





SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777

Água Fria - CEP 58053-900

João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 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

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



ANGELICA DE FATIMA MOSINHO PEREIRA
RUA CRISÓCLES VEIVA OLIVEIRA, 82 / AP 101 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58057-000 (AG: 1)
Emissão: 25/06/2018 Referência: Jun/2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, km35 - Camp. Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Roteiro: 14 - S - 372 - 7440 NF medidor: 00001372141

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Camp. Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 08.085.182/0001-40 Ins. Est. 16.015.820-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002540200
Cód. para lib. Automático: 00012105973

Jun/2018 25/06/2018 25/07/2018 1939267412
loc. Est.
UC (Unidade Consumidora): 5/1318567-3

DATA	LITROS	DATA	LITROS	1	20	32				
24/05/18	17925	25/05/18	17945							
Consumo										
				Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	Pel. Defins (R\$) (0,0006%) (4,1434%)				
0801	Consumo em kWh	120,000	0,721886	87,34	87,34	27	23,59	87,34	0,79	2,62
0801	Adic. B. Vermelho			8,91	8,91	27	1,88	8,91	0,08	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			3,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
C.C. Código de Classificação do Item				TOTAL	98,42	94,63	25,58	94,63	0,85	3,92
Média últimos meses (kWh):				95	VENCIMENTO					
					16/07/2018					
					TOTAL A PAGAR					
					R\$ 98,42					

03	10	02	09	07	102	02	21	100	01	123	07
Jun/17	Jul/17	Agos/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18

ANGELICA DE FATIMA MOSINHO PEREIRA
RUA CRISÓCLES VEIVA OLIVEIRA, 82 / AP 101 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58057-000 (AG: 1)
Emissão: 25/06/2018 Referência: Jun/2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, km35 - Camp. Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Ratão: 14 - S - 372 - 7440 NF medidor: 00001372141

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Camp. Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ: 08.085.182/0001-40 Ins. Est. 16.015.820-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002540200
Cód. para lib. Automático: 00012105973

Jun/2018 25/06/2018 25/07/2018 1939267412
loc. Est.
UC (Unidade Consumidora): 5/1318567-3

Data	Letra	Data	Letra	1	20	32
24/05/18	17925	25/05/18	17945			
Consumo						
				Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
				Pel. Defins (R\$) (0,0006%)	4,1434%	
0801	Consumo em kWh	120,000	0,721886	87,34	87,34	27
0801	Adic. B. Vermeja			8,91	8,91	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			3,78	0,00	0
TOTAL				98,42	94,63	27

Média últimos meses (kWh): 95
VENCIMENTO 16/07/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 98,42

RESERVADO A 257.0864 8098 1875.0e32.424a.6b32

Composição do Consumo	Valor (R\$)
Serviços de Dist. da Energia/PB	22,25
Compra de Energia	32,34
Serviço de Transmissão	3,49
Encargos Setoriais	6,19
Impostos Diretos e Encargos	54,11
Outros Serviços	0,00
Total	98,42

PROTÓCOLO
13 NOV 2018
JOÃO PESSOA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AUGUSTO F. JOSE COSTA DUARTE, 107 - SALA 05 - MANGABEIRA
JACAREPAGUA - RJ CEP: 20253-410



Emissão: 20/10/2018 Referência: 02/2018
Cliente: JACAREPAGUA COMERCIAL MONOPHASE CO. Emissão: 20/10/2018 Referência: 02/2018
Ratão: 12 - B - 202 - 450 Nº Medidor: 0000667628

Para Faturar Clientes Energisa, ligue 0800 083 0196
ou acesse o site: www.energisa.com.br

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.842.224-45
UC (Unidade Consumidora):			5/1698358-7
Canal de contato			

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/09/18	2290	22/10/18	3074	
Demonstrativo				
CD: Descrição	Quantidade Tarifas	Valor Base Tarifa	Valor de Base Tarifa	Valor de Base Tarifa
CD1: Consumo em kWh	224.000 0.000000	179.16 18	44.94	179.16 18
CD2: Adc. B. Veredito	17.12 25	2.87	15.72	0.12
CD3: CONTRA-SERVILIO PUBLICO	0.00 0	0.00	0.00	0.00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
103	28/10/2018	R\$ 207,23

RESERVAÇÃO DO FISCO

Indicadores de Qualidade				
Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)		
CD1: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD2: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD3: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD4: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD5: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD6: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD7: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD8: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD9: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD10: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD11: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD12: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD13: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD14: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD15: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD16: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD17: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD18: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD19: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD20: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD21: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD22: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD23: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD24: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD25: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD26: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD27: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD28: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD29: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD30: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD31: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD32: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD33: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD34: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD35: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD36: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD37: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD38: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD39: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD40: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD41: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD42: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD43: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD44: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD45: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD46: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD47: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD48: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD49: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD50: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD51: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD52: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD53: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD54: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD55: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD56: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD57: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD58: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD59: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD60: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD61: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD62: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD63: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD64: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD65: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD66: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD67: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD68: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD69: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD70: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD71: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD72: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD73: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD74: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD75: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD76: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD77: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD78: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD79: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD80: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD81: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD82: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD83: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD84: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD85: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD86: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD87: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD88: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD89: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD90: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD91: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD92: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD93: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD94: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD95: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD96: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD97: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD98: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD99: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00
CD100: Tensão	110.00	110.00	110.00	110.00

ATENÇÃO

Resultado Tarifa Vigência 20/09/18 Res. ANEEL nº 2.439-Encl. Anexo 15, 41% Med
Resultado Tarifa Vigência 20/09/18 Res. ANEEL nº 2.439-Encl. Anexo 15, 75% Med
- Leitura Confirmada

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
29/10/2018	R\$ 207,23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005019-0



PROTOCOLADO
13 NOV. 2018
C. JOAO PESS.

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: 05369521409 Nome completo da vítima: 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: Rivaldo Alves da Silva CPF: 05369521409

Profissão: Garçom Endereço: Rua Dr. Euclides N. Oliveira Número: 82 Complemento: AP101

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 57057-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENTA 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: 0729 CONTA: 036566

(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
- ☒ 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

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 - PB 19/11/2018

Nome: Rivaldo Alves da Silva

CPF: 053.695.214-09

(*) 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: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

13 NOV. 2018

PROTOCOLADO

JOÃO PESSOA

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

FPS.001 V001/2018





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 corto-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.

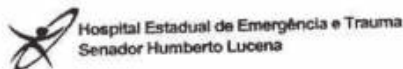
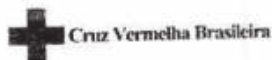
ALTA HOSPITALAR: 26/08/18
DATA DA EMISSÃO: 25/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





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		UF PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
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	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	Veio 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



29/08/2018 15:35



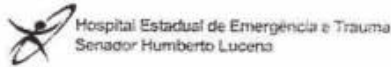
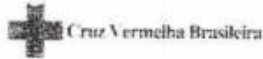


Documento de Alta

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



AV. ORESTES LISBOA, sn - 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 000000000	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2611311	Nº Cns				
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade	CBO/R				
Endereço						
CEP 58064-220	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	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	Veio 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 <i>Paciente desatendido, vítima de acidente de moto, apresentando ferimentos, principalmente no tórax e membros inferiores.</i>						
Diagnóstico						
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Srt. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data/Hora
BIVALDO ALVES DA SILVA	1095081	04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
13/04/1984	34.4m 1d	Masculino	(33) 330000000
Nome	Nome	Nome	Nome
FRANCISCA SEVERINA DA SILVA	FRANCISCA SEVERINA DA SILVA	FRANCISCA SEVERINA DA SILVA	FRANCISCA SEVERINA DA SILVA
Nome	Nome	Nome	Nome
JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SR	JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SR	JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SR	JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SR
Nome	Nome	Nome	Nome
MOTO X OBJETO	MOTO X OBJETO	MOTO X OBJETO	MOTO X OBJETO
04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43
04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43	04/05/2018 05:20:43

Amnase

ORTOPEDIA

ASPEITA DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO, COM ALARGAMENTO DO ESPAÇO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, POSTERIORIZAÇÃO DA TÍRUA AO ELEVAR O MÊ PELO CALCANEIO.

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR. (OBSERVAÇÕES: PROVÁVEL LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO.)

PROCEDIMENTO

TELA INSUINO PODALICO, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDO.)

Conduta

Em observação

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCISCO DE SOUSA FREITAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 10:26:36

[illegible]

12:45

CHARGES

ASVW + CCGG

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 4º DEDO DA MAO ESQUERDA - AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE OCULO ESQUERDA, (INDICAÇÕES DE NÍVEL DE PERFIL)

1992

*various Pacific Islands

ARMANDO ALVES DA SILVA

1000

PROTOCOLO
13 NOV. 2018
A.G. JOÃO PESSOA



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445385

Paciente	BIVALDO ALVES DA SILVA	SAE	1099081	Data Hora Entrada	04/03/2018 05:20:43	Data Hora Saída	
Data do nascimento	03/06/1984	Idade	34a 4m 1d	Sexo	Masculino	CNS	12345678901234567890
Nome	FRANCISCA SEVERINA DA SILVA	Nome	JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO SR	Nome	VALENTINA DE SOUZA FREITAS	Nome	JOAO PESSOA
Assessoria	MOVO X OBJETO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Exame	FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Exame	12345678901234567890
Data Hora Cuidado	04/03/2018 05:20:43	Data Hora Presença	04/03/2018 12:12:33				

EXAMES

ORTOPEDIA

OMO PACIENTE NECESSITA PERMANECER EM OBSERVAÇÃO PELA NOR. INTERNO PARA TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DO 4QDE.

PACIENTE COM DOR INTENSA E DEFORMIDADE NO JOELHO ESQUERDO.

DO INTERNAÇÃO - RADIOGRAFIAS.

STAFER DR TEÓFILO

DIETA

DIETA LIVRE VIA ORAL

TRATAMENTO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H. 8,0 (MGTSM)

DIET

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V. 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIAS.

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H. 8,0 (MGTSM)

DIET

CLOROFENIRAMINA 800 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V. 6/6H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H. 8,0 (MGTSM) (OBSERVAR)

DIET

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H. 8,0 (MGTSM) (OBSERVAR)

DIET

DIETAPAZOL 400 MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V. 24H. 0,1 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V. 12/12H. 0,2 (MGTSM)

DIET

OPTOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 MG VIA E.V. 12/12H

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 10:26:36

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910263607900000034014715

Número do documento: 20101910263607900000034014715



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	CNS
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			Telefone de Contato (00) 000000000
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)



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) 000000000
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#

HISTÓRIA 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 + AGUARDAR PARECER DA NRC PARA TRANSFERÊNCIA 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 (MGTSM)

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. Francinélcio Freitas
Médico
CRM-PB 9603
RNS - 33042018-501

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)



Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/08/2018 05:20:58



Secretaria de Saúde

GOVERNO
DO PARANÁ

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO BONDIM, JOÃO PESSOA - PR, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data de Nascimento	Data de Registro
BIVALDO ALVES DA SILVA	1396031	04/08/2018	04/08/2018
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
03/04/1984	34a Anos	Masculino	(00) 00000000
Mãe			Prof. Lendo
FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, S/N	VALENTINA DE FIGUEIREDO	JOÃO PESSOA	PR
Acidente	Modo	Profissional	Pr. Cont. Registro
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ERICKSON DUARTE BONFADIO DE ASSIS	0018/PR
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
04/08/2018 05:20:43	04/08/2018 10:48:54		

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE, GLASGOW 14. MOBILIZA 4 MEMBROS, NEGA CERVICALGIA, TC CRÂNIO SEM LESÕES INTRACRANIANAS. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. REAVALIAÇÃO PELA NEUROCIQUIRIA.

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo craniano não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Erickson Duarte Bonfadio de Assis
Neurocirurgião
CRM 2006

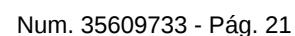


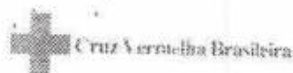
Protocolo registrado em AMPLA NICOLLE FERREIRAS SOARES em 19/11/2018

11/11/2018 09:08:00 - 11/11/2018 09:08:00 - 11/11/2018 09:08:00

0.05 10.00

PROTOCOLO
19 NOV. 2018
COM. PREVID. PREVIDENCIA SI
A. G. JOÃO PESS





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 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 VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	UF PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 19:34:33		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 23:29:35	Nº Cons. Regional 4149/PB

Anamnese

CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NEGA VÔMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM BEG/LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VIAS AÉREAS PERMEÁVEIS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MALAR DIREITA E MENTUAL, PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA ZIGOMÁTICA DIREITA, DESNÍVEL EM CORPO DE MANDÍBULA DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO INSTÁVEL, AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO E CREPITAÇÃO NASAL. MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADA. AO EXAME TOMOGRÁFICO APRESENTA SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO E FRATURA DE CORPO DE MANDÍBULA 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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

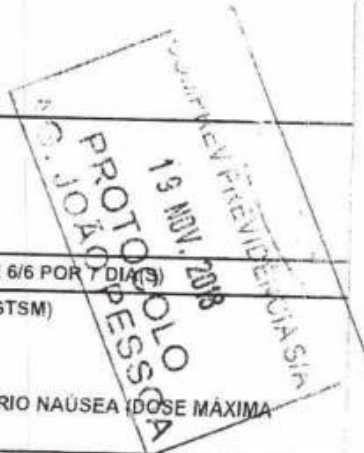
DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIAS

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

Diluir

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



Protocolo registrado por: ELIANA VIEIRA DA SILVA em 22/07/2018 19:37:31

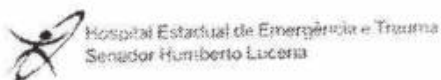
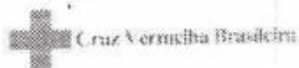


SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MG TSM)
Diluir
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MG TSM)
Diluir
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 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)
TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)
ELISA - SORO
COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
HEMOGRAMA
Conduta
Internar Paciente

EDUARDO BATISTA DE SALES

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





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 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	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 110263

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

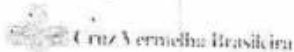
cd: aguarda resultado da RNM

carga parcial com muletas e tensor em joelho

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

Numero Conselho: 8491





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Impresso 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	Plantão DIURNO

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 22/08/2018 13:19:04

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

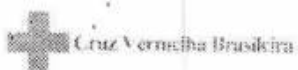
Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



16.0.6/8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=413399&dataInicial=22/08/2018 13:18:53&dataFinal=22/08/2018 13:18:53





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso 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	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110263	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

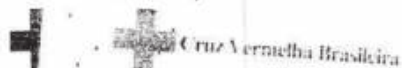
cd: aguarda resultado da RNM

discutir com preceptoria

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

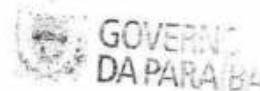
Número Conselho: 10075





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel: 8332165700



Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 13/08/2018 07:09:03

P

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

Plantão

DIURNO

EVOLUÇÃO

Em:

13/08/2018 07:09:11

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

EVOLUÇÃO

ROC PROCEDIMENTO:

SL DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

7c #8o di

#8o 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 na segunda-feira com preceptor

cd: aguardo fazer RNM

Seção: POSTO IB - ENF 14

Leito: 0004 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

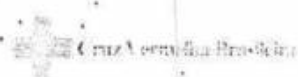
Número Conselho: 10075



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 10:26:36

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910263607900000034014715

Número do documento: 20101910263607900000034014715



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332185703

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/08/2018 09:08:11

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1099081	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS 110263
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plano DIURNO	

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#6o di

#6o dpo de fratura exposta de 4o qda

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

sem queixas.

estável no leito

fo am mão esquerda de bom aspecto a suture am cova direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

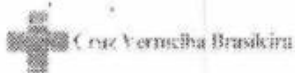
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção

cd: aguardo fazer RNM

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

Número Conselho: 8421





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 10/08/2018 07:48:11

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	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (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.

estável no leito

fo em não 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, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso 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	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 110263

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/08/2018 09:06:21)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#5o diu

#4o diu 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

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



REPORTED BY
KAREN E. LIND
DATE 01/11/2001

[illegible]

Authors' Disclosure of Potential Conflicts of Interest and Author Contributions: The authors indicated no potential conflicts of interest and no author contributions.

Laiana Aren-Dantas Barreto
CRM-MEDICA 8401

COMPREV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Posição: decúbito supino
Preparo: antisseptico*

Incisão:

Achados:

Órgão normal

Conduta:

*Realização de laparoscopia
com insuflação de CO2
e dissecação de tecido*

Fechamento:

*Fechar com fio
e sutura interna
e controle*

Observação:

Órgão normal

Dr. Francinello Freitas
R. 1003
14579057800

João Pessoa

Médico/CRM:



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
2 - NOME DO PACIENTE		5 - ID DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		37 - QTD.	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Acuria de Boas Práticas Fic K N: 70 (02)			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: M. AMO DATA: 19/10/20 PRONTUÁRIO: 150 SEXO: M COR: B IDADE: 50

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
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 ANTES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA ANESTESIA GERAL

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA CPF CRM-PB

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DO PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

PARAÍBA

NOME DO TITULAR
BIVALDO ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
2611311 SSP PB

CNPJ / DATA DE NASCIMENTO
053.695.214-09 17/04/1984

FUNÇÃO
JOÃO ALVES DA SILVA
FRANCISCA SEVERINA DA SILVA

INSCRIÇÃO ANO DE CATEGORIA
05751236320 06/03/2023 10/04/2023

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1638560368

PROIBIDO PLASTIFICAR
1638560368

ASSINATURA DO TITULAR
LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
07/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
62355006308
PB0354272509

PARAÍBA

PROVIDÊNCIA SIA
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA



PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

JOAO PESSOA, PB
17/01/2014
6588156744
9802791995

Alexandre Cesar Duarte
17/01/2014
6588156744
9802791995

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

ALEXANDRE CESAR DUARTE
DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSA EM 26/7/18
CPF 046.502.754-74
DATA NASCIM 21/08/1982
RACIA ALEXANDRE DE ASSUNÇÃO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE
16/01/2019
29/06/2001

PROTOCOLADO
13 NOV. 2018
C. JOAO PESSOA





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 GRILO 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.

Bivaldo Alves da Silva

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419086/18

Vítima: BIVALDO ALVES DA SILVA

Data do acidente: 04/08/2018

CPF: 053.695.214-09

CPF de: Próprio

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

