



Número: **0876197-19.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LENILSON TRINDADE RODRIGUES (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36731 404	17/11/2020 11:10	<u>Contestação</u>	Contestação
36731 443	17/11/2020 11:10	<u>2760756_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
36731 447	17/11/2020 11:10	<u>2760756_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104795100000035060605>
Número do documento: 20111711104795100000035060605

Num. 36731404 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554005 Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 28/01/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 1482775





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554005 Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 28/01/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indeniza

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000058218-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,





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:
	088.964.554-05	José Wilson Túndeka Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

Nome completo:	CPF:
José Wilson Túndeka Rodrigues	088.964.554-05
Profissão:	Endereço:
Recebeu-se	Rua Belisário Pensea
Bairro:	Cidade:
entre	São Paulo
E-mail:	ccj.cad@outlook.com.br
	Estado:
	CEP:
	58225000
	Tel.(DDD):
	83-98849-5530

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

DADOS CADASTRAIS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) Operações - 033	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58218 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Falecidos: Vítima nasceu (val 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.

MORTE
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: São Paulo - SP, 26/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

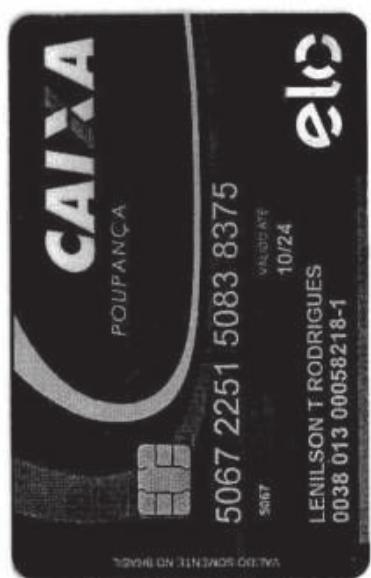
Assinatura do Procurador (se houver)

Lourivalino Mto

(*) 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 68 /2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**



COMUNICANTE: LENILSON TRINDADE RODRIGUES ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE: SOLÂNEA-PB PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1980 IDADE: 38 ANOS RG: 3.183675 SSP/PB CPF: 088.964.554-05 FILIAÇÃO: VALDERY PIRES RODRIGUES E MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES ENDEREÇO: RUA SANTA LUZIA, Nº. 136, BAIXIO, SOLÂNEA-PB. TELEFONE: 83-99173-3961 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO COR DA PELE: MORENO DIA DO OCORRIDO: 28/01/2018 LOCAL DO FATO: SOLÂNEA-PB.

NARRATIVA: LENILSON TRINDADE RODRIGUES AFIRMA QUE NO DIA 28/01/2018 POR VOLTA DE 01:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 110 DE PLACA QFP-6736/PB DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR, PELA CIDADE DE SOLÂNEA-PB, NAS PROXIMIDADES DO MERCADINHO LUIZINHO, AO FREAR BRUSCAMENTE O VEÍCULO QUE CONDUZIA PARA NÃO CAIR EM UM BURACO QUE HAVIA NA RUA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 04:18H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA BILATERAL DOS CONDILOS MANDIBULARES CID 10 S 02.6, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DR JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM: 2329/PB, ORA APRESENTADO. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018

S. Lenilson Trindade Rodrigues





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:
	088.964.554-05	Jenilson Túndi de Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

Nome completo:	CPF:
Jenilson Túndi de Rodrigues	088.964.554-05
Profissão:	Endereço:
Recebeu-se	Rua Belisio Pensea
Bairro:	Cidade:
entre	São José
E-mail:	ccj.cad@outlook.com.br
	Estado:
	CEP:
	58225000
	Tel.(DDD):
	83-98849-5530

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

DADOS CADASTRAIS	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			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Operações - 033	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0138	CONTA: 58218	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

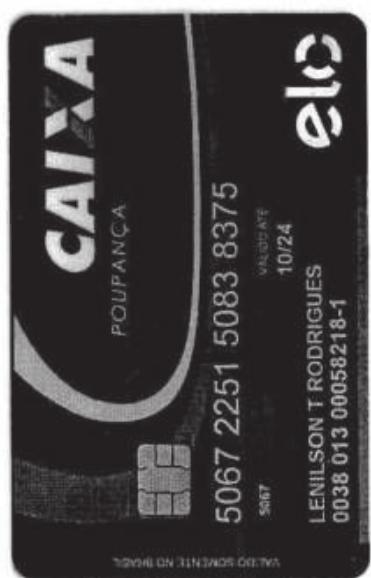
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.			

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: São José - PB, 26/09/2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura	
<i>Jenilson Túndi de Rodrigues</i>	2º Nome: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____	
<i>Jenilson Túndi de Rodrigues</i>	Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	
<i>Lourivalino Mto</i>	<i>Adilson Ferreira Queiroz</i>	

(*) 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 7



**SAMU
192**



Prefeitura Municipal de Solânea
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



**SAMU
192**

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 13

Data	Ocorrência N°	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
28/01/18	1469190	Lendson Henrique Rodrigues	38	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
Hospital Distrital de Solânea		Centro	querleia	
Apoio no Local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
GTA <input type="checkbox"/> Socorrido por Tropa/Corpo <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO				
TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)		- ANTECEDENTES		
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DE H.H.S	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:		
<input type="checkbox"/> OUTRO	CINEMÁTICA:	26 SET. 2010 COMPREV SEGUROS E DOCUMENTOS ASIA PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA		
DESTINO	Alberto Barros Arnujo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM/PB 10205			
Local 01 Trauma Jr	Responsável:	Função: -medic.o-		
Local 02 _____	Responsável:	Função: _____		
EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)				
<p>Vítima de queda de moto, alcoolizada, com lesão na face, fratura do mandíbula e ferimentos com contusão na língua, orelha e punho tibial (LQ).</p> <p>Conjunto, entorses, hematoma. Cx. suspeita. Avaliação - Exame físico está dentro.</p> <p>DADOS VITAIS: Trauma Jr AP.</p> <p>VVA: Livre <input type="checkbox"/> Obscurada RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> > 30 ipm <input checked="" type="checkbox"/> < 30 ipm PULSO RADIAL: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente PAS: <input checked="" type="checkbox"/> > 90 mm Hg <input type="checkbox"/> < 90 mm Hg</p> <p>PA: 150/90 PC: 88 FR: 18 GLICEMIA: 122 F. Com: 15 SpO2: 92 99% SpO2 c/ 92% ✓</p>				
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM				
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM				
INTERVENÇÕES:				
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO				
<p>Última de queda de moto, alcoolizado, comentei, invertido, apesar de estiver com SSW preservados, exala hipertensão, com contusões na face, foi exposto, suspeita fratura da mandíbula, fratura de orelha e quebra de dentes, transporte sem inconvenientes.</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)</p> <p>MÉDICO: Romulo CRM: 3353. ENFERMEIRO: Vanessa COREN: 246 956</p> <p>CONDUTOR: Zer</p>				
RECUSA:	R.G. _____			
NOME:				
ASSINATURA	TESTEMUNHA			



RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG / CPF / TÍTULO DE ELEITOR / HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / OUTRO: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MARCA: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTERCARD / VISA / AMERICAN EXPRESS / HIPER / OUTRO: _____

CARTÃO DE BANCO: 1 / 2 / 3 NOMES: _____

TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR: R\$: _____

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____ / ANEIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FÍSIOLOGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	X
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 Unid.)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
BIPIRONA 1g		ÁLCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
ESCOLAMINA (HOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO Tamanho P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO Tamanho M	X
DICLOFENAC 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO Tamanho G	
PURSEMIDA		JELCO N° 14	
CAPITOPRIL 25 mg		JELCO N° 16	
AAS 100 mg		JELCO N° 18	
SORDIL 5 mg	01	JELCO N° 20	
METOCLOPRAMIDA		JELCO N° 22	
HIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N° 24	
HIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N° 23	
PRATÓPICO GOTAS		SCALP N° 25	
FENOTEROL GOTAS		GARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIQABONA		ESPARADRAPO	
TERBUTALINA		MÁSCARA DESCARTÁVEL	X
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL N° 7,5	
		LUVA ESTÉRIL N° 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	X
		OUTROS:	
		Seringa 5 ml Compreensiva estéril (pacote)	01
			03



* 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que foi prestado atendimento PRÉ- HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea- PB, a vítima Jemilney Trindade Rodrigues portador do RG 3183675 na cidade de Solânea - PB e transferido para o Hospital de Trauma na cidade João Pessoa no dia 28 de 03 de 2018

Solânea, 29/04/2019

Vanessa Silva Rosas Fernandes
Vanessa Silva Rosas Fernandes
Enfermeira
COREN-PB 246.456





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LENILSON TRINDADE RODRIGUES, foi atendida nesta Unidade de Saúde, no dia 28/01/2018, vítima de acidente de moto apresentando traumatismo de face + fratura da mandíbula. CID: SO0.9 + S 02.6.

Solânea – PB., 02 de Maio de 2019.

José Matias de Souza Filho
CPF 044.506.854-91 - CRM 414 PE

Rua Prof. Alaíde Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 11

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000058218-1

Nr. da Autenticação 27B6FD99344BF95A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 12

MARIA NASARE AVELINO DA SILVA RUA BEIJOU PESSOA, 43 - CENTRO SOLANEA / PE CEP: 59725000 (AG-4)		energisa																																																																																																													
Logradouro: MONOFÁSICO Cidade: RECIFE M/Tipo: B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA Roteiro: 10-44-70-4950 Referência: Set/2018 Medidor: 00001124708 Emissor: 17/09/2018		ENERGISA PARCEIRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A B1033, Km 20 - Centro Recife - Jkla. Pernambuco - PE - CEP: 50170-420 CNPJ: 00.095.161/0001-40 - Insc. Est. 16.015.674-0001 Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica N° 021.394.40 Cfd. para Débito Automático: 0000517235																																																																																																													
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br																																																																																																															
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI																																																																																																												
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	061.767.634-40 Inte. Est.																																																																																																												
UC (Unidade Consumidora):		5/307235-2																																																																																																													
Canal de contato																																																																																																															
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.432, de 26 de abril de 2002. - Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinabrasil																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Anterior</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Atual</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Constante</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Consumo</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Dias</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Data</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Leitura</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Data</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Leitura</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">16/08/19</td> <td style="padding: 5px;">13333</td> <td style="padding: 5px;">17/09/19</td> <td style="padding: 5px;">13587</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table>				Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	Data	Leitura	Data	Leitura		16/08/19	13333	17/09/19	13587																																																																																														
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias																																																																																																											
Data	Leitura	Data	Leitura																																																																																																												
16/08/19	13333	17/09/19	13587																																																																																																												
Demonstrativo																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">CCN</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Descrição</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Quantidade</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Tarifa</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Valor Base Calc.</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Aba. Iridium®</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Base Calc. Preço</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Cobrança</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;"></th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Tributos/Tarifas:</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ICMS (R\$)</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ICMS</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Por Outros (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">0001</td> <td style="padding: 5px;">Consumo les. 20kWh-BR</td> <td style="padding: 5px;">30.000</td> <td style="padding: 5px;">0.195360</td> <td style="padding: 5px;">5.86</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0001</td> <td style="padding: 5px;">Consumo_31_a_100kWh-BR</td> <td style="padding: 5px;">24.250</td> <td style="padding: 5px;">0.236640</td> <td style="padding: 5px;">5.37</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0001</td> <td style="padding: 5px;">Acp. B Vermelha</td> <td style="padding: 5px;">0.04</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0010</td> <td style="padding: 5px;">Subsídio</td> <td style="padding: 5px;">17.58</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">17.58</td> <td style="padding: 5px;">0.17</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">LANCAMENTOS E SERVIÇOS</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0007</td> <td style="padding: 5px;">CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA</td> <td style="padding: 5px;">7.55</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0005</td> <td style="padding: 5px;">ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019</td> <td style="padding: 5px;">0.05</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0003</td> <td style="padding: 5px;">Desconto Subsídio</td> <td style="padding: 5px;">-16.69</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 22,52 0,00 0,00 22,52 0,24 1,00 Tarifa e/ou Tributos, Afa 30kWh: 0,195360 Afa 100kWh: 0,317940 </td></tr> <tr> <td colspan="2">Média últimos meses (kWh)</td><td>VENCIMENTO</td><td>TOTAL A PAGAR</td></tr> <tr> <td colspan="2">86</td><td>06/10/2019</td><td>R\$ 23,52</td></tr> <tr> <td colspan="4">Histórico de Consumo (kWh)</td></tr> <tr> <td>86 98 78 68 71 81 70 65 74 57 52 46</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/19 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">RESERVADO AO FISCO</td></tr> <tr> <td colspan="4">1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.</td></tr> </tbody></table>				CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aba. Iridium®	Base Calc. Preço	Cobrança					Tributos/Tarifas:	ICMS (R\$)	ICMS	Por Outros (R\$)	0001	Consumo les. 20kWh-BR	30.000	0.195360	5.86	0.00	0.00	0.00	0001	Consumo_31_a_100kWh-BR	24.250	0.236640	5.37	0.00	0.00	0.00	0001	Acp. B Vermelha	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0010	Subsídio	17.58	0.00	0.00	0.00	17.58	0.17	LANCAMENTOS E SERVIÇOS				0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	7.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0003	Desconto Subsídio	-16.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 22,52 0,00 0,00 22,52 0,24 1,00 Tarifa e/ou Tributos, Afa 30kWh: 0,195360 Afa 100kWh: 0,317940				Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	86		06/10/2019	R\$ 23,52	Histórico de Consumo (kWh)				86 98 78 68 71 81 70 65 74 57 52 46				Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/19 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18				RESERVADO AO FISCO				1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.			
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aba. Iridium®	Base Calc. Preço	Cobrança																																																																																																								
				Tributos/Tarifas:	ICMS (R\$)	ICMS	Por Outros (R\$)																																																																																																								
0001	Consumo les. 20kWh-BR	30.000	0.195360	5.86	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0001	Consumo_31_a_100kWh-BR	24.250	0.236640	5.37	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0001	Acp. B Vermelha	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0010	Subsídio	17.58	0.00	0.00	0.00	17.58	0.17																																																																																																								
LANCAMENTOS E SERVIÇOS																																																																																																															
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	7.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0003	Desconto Subsídio	-16.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 22,52 0,00 0,00 22,52 0,24 1,00 Tarifa e/ou Tributos, Afa 30kWh: 0,195360 Afa 100kWh: 0,317940																																																																																																															
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR																																																																																																												
86		06/10/2019	R\$ 23,52																																																																																																												
Histórico de Consumo (kWh)																																																																																																															
86 98 78 68 71 81 70 65 74 57 52 46																																																																																																															
Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/19 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18																																																																																																															
RESERVADO AO FISCO																																																																																																															
1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.																																																																																																															
MARIA NASARE AVELINO DA SILVA RUA BEIJOU PESSOA, 43 - CENTRO SOLANEA / PE CEP: 59725000 (AG-4)		energisa																																																																																																													
Logradouro: MONOFÁSICO Cidade: RECIFE M/Tipo: B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA Roteiro: 10-44-70-4950 Referência: Set/2018 Medidor: 00001124708 Emissor: 17/09/2018		ENERGISA PARCEIRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A B1033, Km 20 - Centro Recife - Jkla. Pernambuco - PE - CEP: 50170-420 CNPJ: 00.095.161/0001-40 - Insc. Est. 16.015.674-0001 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 021.394.40 Cfd. para Débito Automático: 0000517235																																																																																																													
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br																																																																																																															
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI																																																																																																												
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	061.767.634-40 Inte. Est.																																																																																																												
UC (Unidade Consumidora):		5/307235-2																																																																																																													
Canal de contato																																																																																																															
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.432, de 26 de abril de 2002. - Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinabrasil																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Anterior</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Atual</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Constante</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Consumo</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Dias</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Data</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Leitura</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Data</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Leitura</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">16/08/19</td> <td style="padding: 5px;">13333</td> <td style="padding: 5px;">17/09/19</td> <td style="padding: 5px;">13587</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table>				Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	Data	Leitura	Data	Leitura		16/08/19	13333	17/09/19	13587																																																																																														
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias																																																																																																											
Data	Leitura	Data	Leitura																																																																																																												
16/08/19	13333	17/09/19	13587																																																																																																												
Demonstrativo																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">CCN</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Descrição</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Quantidade</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Tarifa</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Valor Base Calc.</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Aba. Iridium®</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Base Calc. Preço</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Cobrança</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;"></th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Tributos/Tarifas:</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ICMS (R\$)</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ICMS</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Por Outros (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">0001</td> <td style="padding: 5px;">Consumo les. 20kWh-BR</td> <td style="padding: 5px;">30.000</td> <td style="padding: 5px;">0.195360</td> <td style="padding: 5px;">5.86</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0001</td> <td style="padding: 5px;">Consumo_31_a_100kWh-BR</td> <td style="padding: 5px;">24.250</td> <td style="padding: 5px;">0.236640</td> <td style="padding: 5px;">5.37</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0001</td> <td style="padding: 5px;">Acp. B Vermelha</td> <td style="padding: 5px;">0.04</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0010</td> <td style="padding: 5px;">Subsídio</td> <td style="padding: 5px;">17.58</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> <td style="padding: 5px;">17.58</td> <td style="padding: 5px;">0.17</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">LANCAMENTOS E SERVIÇOS</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0007</td> <td style="padding: 5px;">CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA</td> <td style="padding: 5px;">7.55</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0005</td> <td style="padding: 5px;">ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019</td> <td style="padding: 5px;">0.05</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0003</td> <td style="padding: 5px;">Desconto Subsídio</td> <td style="padding: 5px;">-16.69</td> <td style="padding: 5px;">0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 22,52 0,00 0,00 22,52 0,24 1,00 Tarifa e/ou Tributos, Afa 30kWh: 0,195360 Afa 100kWh: 0,317940 </td></tr> <tr> <td colspan="2">Média últimos meses (kWh)</td><td>VENCIMENTO</td><td>TOTAL A PAGAR</td></tr> <tr> <td colspan="2">86</td><td>06/10/2019</td><td>R\$ 23,52</td></tr> <tr> <td colspan="4">Histórico de Consumo (kWh)</td></tr> <tr> <td>86 98 78 68 71 81 70 65 74 57 52 46</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/19 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">RESERVADO AO FISCO</td></tr> <tr> <td colspan="4">1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.</td></tr> </tbody></table>	CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aba. Iridium®	Base Calc. Preço	Cobrança					Tributos/Tarifas:	ICMS (R\$)	ICMS	Por Outros (R\$)	0001	Consumo les. 20kWh-BR	30.000	0.195360	5.86	0.00	0.00	0.00	0001	Consumo_31_a_100kWh-BR	24.250	0.236640	5.37	0.00	0.00	0.00	0001	Acp. B Vermelha	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0010	Subsídio	17.58	0.00	0.00	0.00	17.58	0.17	LANCAMENTOS E SERVIÇOS				0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	7.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0003	Desconto Subsídio	-16.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 22,52 0,00 0,00 22,52 0,24 1,00 Tarifa e/ou Tributos, Afa 30kWh: 0,195360 Afa 100kWh: 0,317940				Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	86		06/10/2019	R\$ 23,52	Histórico de Consumo (kWh)				86 98 78 68 71 81 70 65 74 57 52 46				Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/19 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18				RESERVADO AO FISCO				1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.						
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aba. Iridium®	Base Calc. Preço	Cobrança																																																																																																								
				Tributos/Tarifas:	ICMS (R\$)	ICMS	Por Outros (R\$)																																																																																																								
0001	Consumo les. 20kWh-BR	30.000	0.195360	5.86	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0001	Consumo_31_a_100kWh-BR	24.250	0.236640	5.37	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0001	Acp. B Vermelha	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0010	Subsídio	17.58	0.00	0.00	0.00	17.58	0.17																																																																																																								
LANCAMENTOS E SERVIÇOS																																																																																																															
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	7.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
0003	Desconto Subsídio	-16.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																																																																																								
CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 22,52 0,00 0,00 22,52 0,24 1,00 Tarifa e/ou Tributos, Afa 30kWh: 0,195360 Afa 100kWh: 0,317940																																																																																																															
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR																																																																																																												
86		06/10/2019	R\$ 23,52																																																																																																												
Histórico de Consumo (kWh)																																																																																																															
86 98 78 68 71 81 70 65 74 57 52 46																																																																																																															
Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/19 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18																																																																																																															
RESERVADO AO FISCO																																																																																																															
1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.																																																																																																															

**COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA DA
VÍTIMA!**

CUMPREV
PREV SEGURO DE PROTEÇÃO À CUSTA S/A
2º SET. 2010
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL - INSTITUTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DO BRASIL - BIBLIOTECA MUSEU NACIONAL - 1999

BRASIL DO BRASIL - PÁGINA OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PADADOR MARIA NASARE AVENIDA DA SERRA - CEP 01610-000

**PROFESSOR MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - OFFICINAS - 051 31 934420
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SIOLANBA / PB CEP 58210000**

[Home](#) | [About Us](#) | [Our Services](#) | [Contact Us](#)

Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento
25249120008301615	000307235201909	R\$ 23,52

410-0000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
----------------------	----------------------	----------------------

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.395.817/0001-10

CEP 2225 KM 29, Cristo Redentor - Lauro Preysa / PB - CEP 56071-000

Agencia Código do beneficiário: 3054-5/2447-3

Barcode

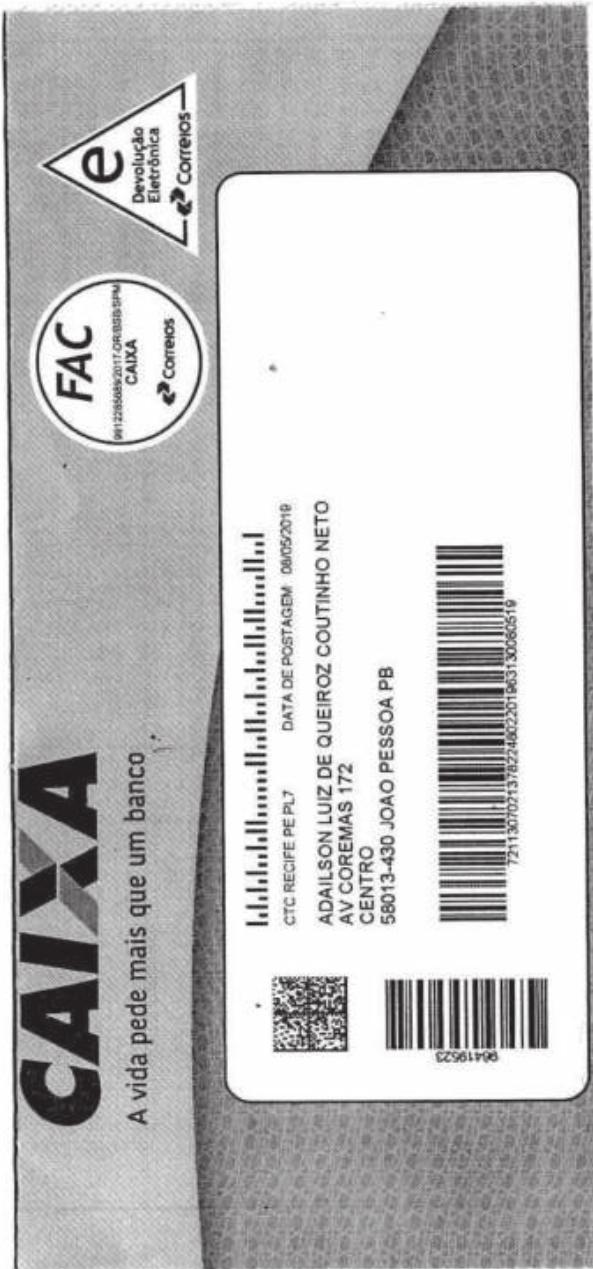
Bar code labels are printed on a continuous roll of paper. Each label contains a barcode and a unique identification number.

www.elsevier.com/locate/jmp



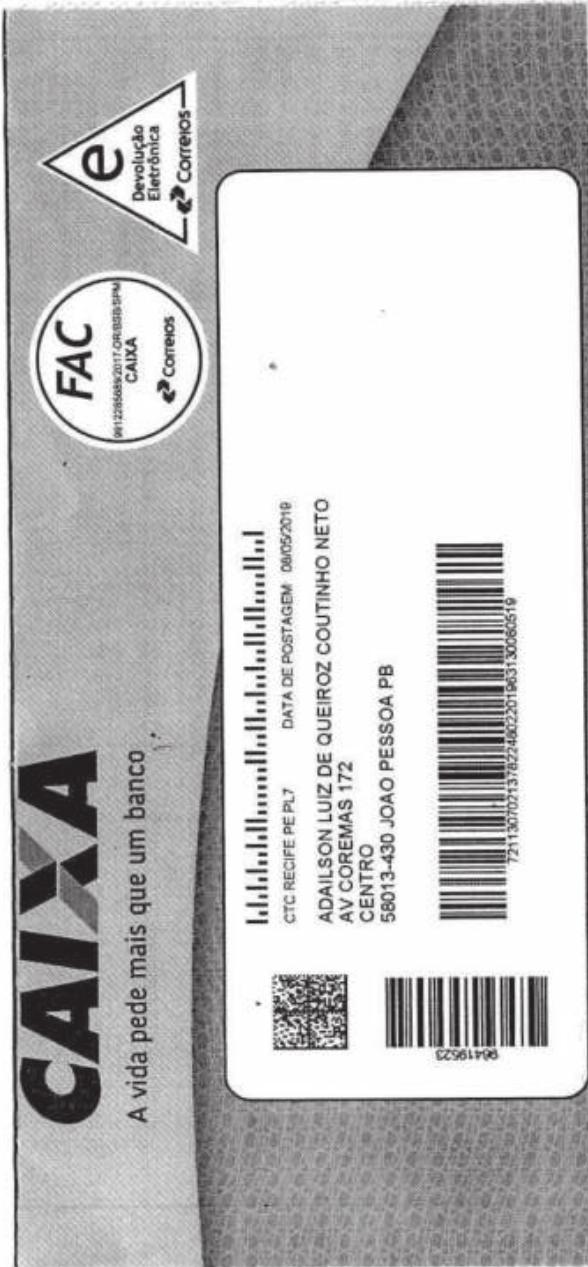
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201117110488950000035061093>
Número de documento: 201117110488950000035061093

Núm. 36731443 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201117110488950000035061093>
Número do documento: 201117110488950000035061093

Num. 36731443 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201117110488950000035061093>
Número do documento: 201117110488950000035061093

Num. 36731443 - Pág. 15

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,
RG nº 4.273.767, data de expedição 14/08/14,
Órgão SSD5/PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,
com Domicílio na cidade de Solânea, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua licetor Belo Monte/da Madura
bento nº 89, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vitima
João Gilberto Trindade Rodrigues, cujo o condutor
era João Gilberto Trindade Rodrigues.

Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2016
Modelo.....: Honda / POP 110i
Placa.....: QFP 6736/PB
Chassi.....: 9C2 JB0100HR223689
Data do acidente.: 28/01/2018

Local e data: Solânea - PB, 30/08/2019

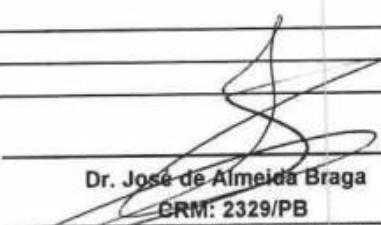
X João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma)

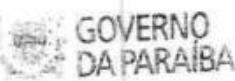
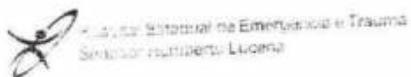
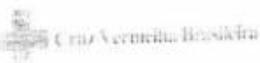
 **CARTÓRIO DINAH CORREA**
SOLICITANTE: Suelio Moreira Torres | TABELA: 100
Assinatura: Suelio Moreira Torres | Data: 30/08/2019
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-003009
Reconhecido por autenticidade a firma de:
JOÃO GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JÚNIOR
EMOL: R\$ 0,01 FEPJ: R\$ 1,00 FARPEM: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AJB27215-2H03
Confira a autenticidade em <https://eslodigital.tjpb.jus.br>



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	LENILSON TRINDADE RODRIGUES	
DATA DE NASCIMENTO	02/02/80	
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES	
DADOS EXTRAÍDOS		
PRONTUÁRIO N.º	106.840	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.058.716	
DATA DO ATENDIMENTO	28/01/18	
HORA DO ATENDIMENTO	04:18	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA BILATERAL DOS CÔNDILOS MANDIBULARES	
CID 10	S02.6	
AVALIAÇÃO INICIAL:		
<p>Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma de face com fratura exposta de mandíbula e luxação de côndilo esquerdo. Ferimento corto-contuso em supercílio esquerdo, em lábio inferior e na cavidade oral. TC de face: fratura complexa de mandíbula, com luxação de côndilo esquerdo. Internação para tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula e reconstrução de assoalho da cavidade oral, com suturas dos ferimentos.</p>		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
<p>TC de face.</p>		
RESULTADOS DOS EXAMES:		
<p>Fratura complexa de mandíbula.</p>		
TRATAMENTO:		
<p>Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula.</p>		
ALTA HOSPITALAR:	04/02/18	
DATA DA EMISSÃO:	30/05/18	
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB		

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





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1058716	28/01/2018 04:18:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/02/1980	37	Masculino	(83) 991465103
Mae			Prontuário
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES	Bairro	Município	UF
Endereço	BACHIO	SOLANEA	PB
MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60			Nº Cons. Regional
Acidente	Motivo	Profissional	5724/PB
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
28/01/2018 04:18:46		28/01/2018 13:35:55	
Venio	Nº Matrícula		Serma
3			

Anamnese

ACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE COM FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA + LUXAÇÃO DE CONDILÓ ESQ. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR E GERAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE RESPONSIVO, EUPNEICO, SONOLENTO. AO EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA + FCC EM SUPERCILIO ESQ + LABIO INFERIOR E LINGUA (VENTRE E DORSO). CD: SOLICITO INTERNACAO + SALA EM CC PARA REDUCAO E FIXACAO DE FRATURA DE MANDIBULA (URGENCIA)

Conduta

Internar Paciente

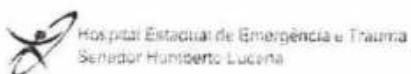
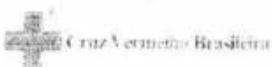
LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

ANA Karina Tormes

Crucigrafe sucomunicada



**AREA LARANJA UDC**

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário
Enderço MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEIA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46		Data/Hora Prescrição 28/01/2018 07:25:42	
Cirurgião 3	Nº Matrícula		Senha

namnese

NEUROCIRURGIA

TCE, QUEDA MOTO

AO EXAME: GLASGOW 14 SONOLENTO
PUPILAS ISO
MOBILIZA 04 MEMBROS

TC CRÂNIO NORMAL

TC COLUNA CERVICAL NORMAL

LIBERADO DO PONTO DE VISTA NEUROCIRURGICO PARA CIRURGIA BUZO

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 28/01/2018 04:19:49

http://172.16.0.6:8080/cvbi/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201360&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
 Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 20



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1058716	28/01/2018 04:18:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/02/1980	37	Masculino	(83) 991465103
Prontuário			
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	4550/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
28/01/2018 04:18:46		28/01/2018 06:26:47	
Início	Nº Matrícula		Senha
3			

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO NÃO SABE RELATAR SOBRE VOMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, EM MACA, AFEBRIL AO TOQUE.

AO EXAME FÍSICO: FCC EM REGIÃO DE SUPERCÍLIO (E), FCC EM REGIÃO DE ASA LATERAL DE NARIZ (E), OCCLUSÃO INSTAVEL, MOVIMENTOS MANDIBULARES COMPROMETIDOS, MOBILIDADE MANDIBULAR, DESVIO MANDIBULAR PARA (E), IMPOSSIBILIDADE DE FECHAR A BOCA.

TC: OBSERVA-SE FRATURA DE MANDÍBULA, FRATURA DE PAREDE POSTERIOR + ANTERIOR DE SEIO MAXILAR (E), FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (E), CONDILÓ (E) FORA DA CAVIDADE GLENOIDE.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-SOLICITO HB + HT DE URGENCIA 3- AGUARDO LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA EM BLOCO CIRÚRGICO

EXAME LABORATORIAL

DAGUROGRAMA COMPLETO

EMOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S02.0	Fratura de mandíbula

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA

(: 4550/PB)

Documento registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 28/01/2018 04:19:49

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201342&pesquisa=S&perform=

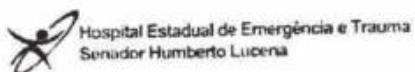
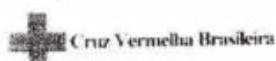


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093

Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 21



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1058716	28/01/2018 04:18:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/02/1980	37	Masculino	(83) 991465103
Mae			Frontuário
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALBERTO BARROS ARAÚJO	10295/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
28/01/2018 04:18:46		28/01/2018 04:31:54	
Avançado	Nº Matrícula:		Senha
S			

anamnese

VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA. REFERE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. SEM CAPACETE. CHEGA A ESTE SERVIÇO SEM COLAR CERVICAL. COM FERIMENTO EM FRONTE E EM LABIOS E ESOCRIAÇÕES EM MEMBROS. CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO, FACE E CERVICAL + RADIOGRAFIA DE TORAX E BACIA + FAST + AVALIAÇÕES DE NCR E BMF.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI/ CONTRASTE
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
827.4	Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito
Conduta	
Em observação	

Alberto Barros Araújo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

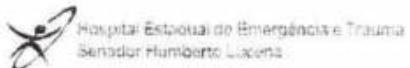
LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ALBERTO BARROS ARAÚJO
(CRM: 10295/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 28/01/2018 04:19:49

<http://172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201337&pesquisa=S&perform=imprimir>

1



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			
Endereço MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEIA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46		Data/Hora Prescrição 28/01/2018 07:19:03	
Convênio S	Nº Matrícula		Senha

namnese

Paciente com fratura de mandíbula
Sem alterações em FAST e Tórax
Abdome inocente, sem sinais de irritação
Respiração espontânea, estável hemodinamicamente

cd: Alta pela cirurgia geral
Cuidados da Buco e Neuro

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Rafael de Arruda Sousa Pinto
CRM: 6700/PB

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

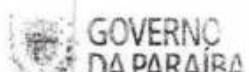
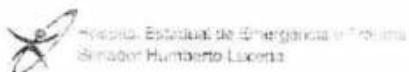
Boleto registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 28/01/2018 04:19:49

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201355&pesquisa=S&perform=im...> 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 23



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			
Endereço MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46		Data/Hora Prescrição 28/01/2018 13:53:38	
Prontuário 3	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

ACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL PARA REDUCAO E FIXACAO DE FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA, SEM INTERCORRENCIAS. SEGUO HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL A URPA. CD: PRESCRICAO + SOLICITO TC POS OPERATORIA + SOLICITO ENFERMAGEM PARA PASSAR SNE + HIGIENE ORAL RIGOROSA.

DIETA

DIETA ENTERAL, VIA S.N.E

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS)

CEFTRIAXONA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 12/12H, POR 7 DIA(S)

CLINDAMICINA 600 MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

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

Diluir

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

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE DOR FORTE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 12,0)

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

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 8/8H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE NAUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 12,0)

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CUIDADOS

SSVV + CCGG

DECUBITO ELEVADO EM 45°

HIGIENE ORAL RIGOROSA. (OBSERVAÇÕES: CONTACTAR ODONTOLOGIA HOSPITALAR)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Conduta

Internar Paciente

Boleto gerado por AVILA NICOLLE FERNANDES GOMES em 2016-01-20 10:49:49



<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201719&pesquisa=S&perform=imprimir&>

Ana Karina Tormes

CRO: 5724

CRM-PB

LENILSON TRINDADE RODRIGUES
ANNA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201719&pesquisa=S&perform=imprimir&> 2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 25



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.

Impresso por: OTAVIO
BRUNO GRISI LOPES DE
MENDONCA
Em: 03/02/2018 08:27:59

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução médica (OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA - 03/02/2018 08:27:53)

Evolução

Descrição da evolução:

paciente no 6º dpo de fratura de mandíbula, no momento em beg, lote, afebril ao toque e sem queixas algícas. ao exame de face: edema em regressão + suturas em posição, sem sangramento residual e sem sinais de infecção + higiene bucal precária.

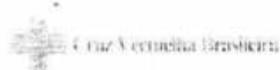
cd:

- 1) prescrição hospitalar
- 2) solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) alta PROGRAMADA PARA AMANHÃ

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011
Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA

Número Conselho: 4149





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:



Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 02/02/2018 10:54:40

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS Pronunciado 106840
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 02/02/2018 10:54:36)

EVOLUÇÃO

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 5º dpo de fratura de mandíbula. no momento em beg, lote, afebril ao toque e sem queixas algícas. ao exame de face: edema em regressão, suturas em posição, sem sangramento residual e sem sinais de infecção + higiene bucal precária.

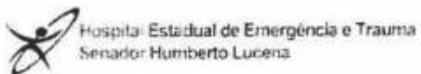
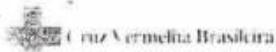
cd:

- 1) prescrição hospitalar
- 2) solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) aguardo ciclo do antimicrobiano para alta

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537





AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: ADRIANO
DUARTE QUINTANS
Em: 01/02/2018 09:59:55

Paciente	Bolotim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1058716	28/01/2018 04:18:46	
Data de nascimento 02/02/1980	Idade:	Sexo: Masculino	CNS: Prontuário 106840
Tempo de Internação	Convênio: SUS		Plantão: DIURNO

Evolução médica (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 01/02/2018 09:59:51)

Evolução

Descrição da evolução

paciente no 4º dpo de fratura de mandíbula, no momento em beg, lote, afebril ao toque e sem queixas algicás, ao exame de face: edema em regressão + suturas em posição, sem sangramento residual e sem sinais de infecção + higiene bucal precária.

cd:

- 1) prescrição hospitalar
- 2) solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) REAVALIAR AMANHÃ A CONDIÇÃO DE ALTA.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Impresso por: OTAVIO
BRUNO GRISI LOPES DE
MENDONCA
Em: 31/01/2018 06:25:52

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS 106840
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA - 31/01/2018 06:25:48)

EVOLUÇÃO

Descrição da evolução:

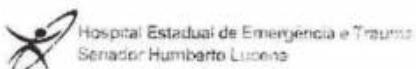
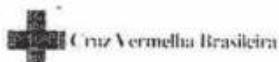
PACIENTE NO 3º DPO DE FRATURA DE MANDÍBULA. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, AFEBRIL AO TOQUE E SEM QUEIXAS ÁLGICAS. AO EXAME DE FACE: EDEMA EM REGRESSÃO + SUTURAS EM POSIÇÃO, SEM SANGRAMENTO RESIDUAL E SEM SINAIS DE INFECÇÃO + HIGIENE BUCAL PRECÁRIA.

CD: 1)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
2)SOLICITO ACOMPANHAMENTO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA MELHOR CONDIÇÃO DE HIGIENE.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011
Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA

Número Conselho: 4149





URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Impresso por: OTAVIO
BRUNO GRISI LOPES DE
MENDONCA
Em: 30/01/2018 06:46:17

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boleto de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade Masculino	Sexo CNS	Prontuário 105840
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão NOTURNO

Evolução médica (OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA - 30/01/2018 06:46:13)

Evolução

Descrição da evolução:

PACIENTE NO 2º DPO DE FRATURA DE MANDÍBULA. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, AFEBRIL AO TOQUE E SEM QUEIXAS ÁLGICAS. AO EXAME DE FACE: EDEMA CONDIZENTE COM O ESPERADO PARA O PO + SUTURAS EM POSIÇÃO, SEM SANGRAMENTO RESIDUAL E SEM SINAIS DE INFECÇÃO + HIGIENE BUCAL PRECÁRIA.

O PACIENTE REMOVEU DUAS VEZES A SNE E SE NEGA À PASSAGEM DE NOVA SNE.

CD: 1)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
2)SOLICITO ACOMPANHAMENTO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA MELHOR CONDIÇÃO DE HIGIENE.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITD URPA EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA

Número Conselho: 4149

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=373144&dataInicial=30/01/2018%2006:46:13&dataFinal=30>

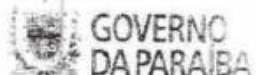


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 30



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.

Impresso por: MARIA
ELZIMAR P M LEITE
Em: 29/01/2018 10:26:57

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Bolelim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	Pronunciário 106840
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução médica (MARIA ELZIMAR P M LEITE - 29/01/2018 10:26:41)

Evolução

Descrição da evolução:

PACIENTE E. GERAL REGULAR; NO 2 DPO DE FRATURA DE mandibula, SEGUE ESTÁVEL, NORMOCORADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. AO EXAME DE FACE OBSERVA-SE SUTURAS EM POSIÇÃO E SEM SANGRAMENTO.

CD: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE //SEM QUEIXAS
1 CON SCIENTE ,ORIENTADO
2 ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF // 3- ALTA DA ANESTESIA

Número Conselho: 2292

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: MARIA ELZIMAR P M LEITE





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Especializado de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: ANDRE
GUSTAVO BARBOSA LUNA
Em: 29/01/2018 07:41:10

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1058716	28/01/2018 04:18:46	
Data de nascimento 02/02/1980	Idade: Sexo: Masculino	CNS	Prontuário: 106840
Tempo de Internação	Convênio: SUS		Plantão: DIURNO

Evolução médica (ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA - 29/01/2018 07:40:10)

EVOLUÇÃO

Descrição da evolução:

PACIENTE NO 1 DPO DE FRATURA DE mandibula, SEGUE ESTÁVEL, NORMOCORADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. AO EXAME DE FACE OBSERVA-SE SUTURAS EM POSIÇÃO E SEM SANGRAMENTO.
CD:

- 1 PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
- 2 ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF

Jeção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA

Número Conselho: 3040

Dr. André Gustavo B. Lemo
Cirurgião-Bucal/Ortopedista Facial
CRB 3040 - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Anderson Twardisch Rehder BE/Prontuário: 103836
 Idade: 32 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 22/12/2018
 Clínica/Setor: BIREL EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ressecção + fibroscopia da faringe e vocalização
 Cirurgião: Dra. Ana Karine, Dra. Alessa 1º Assistente: Maria Thales
 2º Assistente: José Alvaro 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início : : : Término : : :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Farínx complexa de nascitudo</u>	<u>S69.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção + fibroscopia da faringe e vocalização</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: João Pessoa CRM: 20111711104889500000035061093

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	O paciente era do sexo masculino O histeroscópio estava inserido oral + gravitado para cima
Incisão:	O laparoscópio era colocado no espaço subcostal anterior O trocâter subcostal anterior
Achados:	O fundo por clipes + o colon distendido O recto distendido
Conduta:	O fundo de recto de mobilidade, colorido de rosa de 3 cm + os fundos de recto de 2 cm + os processos de recto de 1 cm + os processos de 0,7 cm + o fundo de recto de mobilidade é de rectos de 2,4 cm + os processos de 1,0 cm + os processos de longitudo de 4 mm. O fundo de recto comum. O fundo de recto comum.
Fechamento:	O fundo de recto.
Observação:	Ver se o recto é um tipo fisiológico em fase e constante nível recto (rigor e espasmo).

Médico/CRM: Suelio Moreira Torres CRM: 5724

João Pessoa. / /

FING/ASCTR/069-1





Nota de Sala Cirúrgica

INFO TRONI

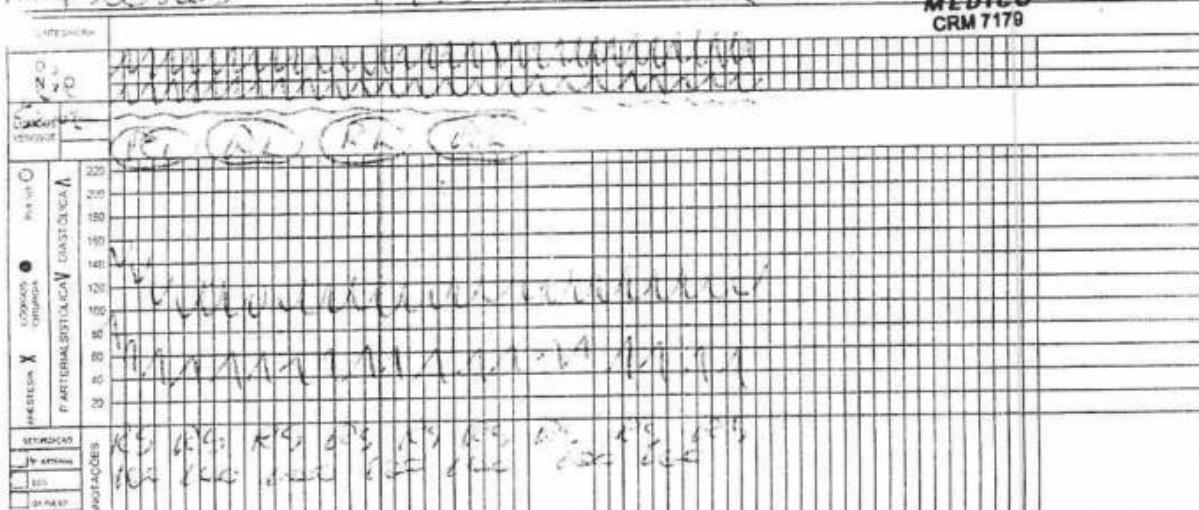




FICHA DE ANESTESIA

DATA: PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	DATA:	PRONTUÁRIO:		
PRESAÇAO ARTERIAL	PULSO:	SEXO:	COR:	IDADE:
ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO:	GRUPO SANGUINEO
EXAMES COMPLEMENTARES	AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO	DROGAS EM USO	ESTADO FÍSICO (ASA)
AP. DIGESTIVO	ESTADONAL			
PRÉ-ANESTÉSICO				
DOSE/HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	CIRURGIARIA ALIZADA A CEGUEIRA DA MANDIBULA			
CIRURGIANO:	AUXILIARES:	CRM-PB		
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA		
ÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA:	CRM:	Tieres Kehrwald		



<input type="checkbox"/> ANESTÉSIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOCO PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOCO NERVOUS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TOXA raquitico + TET de 35 mmHg (Sicca) e coxas ap- líticas					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
LÍQUIDO	VALOR (R\$)				
1	Alcogol 45,400,00				
2	Urgipac 200,00				
3	Salbutamol 0,00				
4	Ketamina 50,00				
TOTAL	550,400,00				
DESTINO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> APTE	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	6 Cefazilone 1,00	16		
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	7 Oxacilina 1,00	17		
<input type="checkbox"/> OUTROS		8 Fentanil 0,00	18		
		9	19		
		10	20		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
Acidente arterial no fêmur direito pt parede media do megálio.					
Assinatura do anestesista					
F. NOIASCE 201					





Liberação para Saída do Hospital



DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

Nº BE OU PRONTUÁRIO: _____

SETOR: Bloco

PACIENTE: Lenilson Tundebol

DATA: 04/02/18 HORA: _____

AUTORIZADO POR: _____
NOME DO MÉDICO QUE DEU ALTA

Janaina Brito Tavares
Enfermeira
CARIMBO/ASSINATURA DA ENFERMAGEM F(NG) APC.009-1



Recetário de Controle Especial		Recetário de Controle Especial	
Unidade de Saúde HECTSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Góesias Libas, 519 Cen. Pato Paciente LEONILSON TRINDADE RODRIGUES Endereço do paciente Rua MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60, SOLANCA-PB-58225000	Nº Cartão do SUS SE 1056716	Unidade de Saúde HECTSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Góesias Libas, 519 Cen. Pato Paciente LEONILSON TRINDADE RODRIGUES Endereço do paciente Rua MANOEL GOMESDE ARAUJO, 60, SOLANCA-PB-58225000	Nº Cartão do SUS SE 1056736
ATESTADO		ATESTADO	
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE LEONILSON TRINDADE RODRIGUES, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 15 DIAS CID: 502.6		ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE LEONILSON TRINDADE RODRIGUES, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 15 DIAS CID: 502.6	
<p style="text-align: right;">Ana Karina Tormes 5724</p> <p>04/02/2018 Data</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome completo: Identidade: Org. Emissor: Endereço: Cidade: UF: Telefone:</p>		<p style="text-align: right;">Ana Karina Tormes 5724</p> <p>04/02/2018 Data</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome completo: Identidade: Org. Emissor: Endereço: Cidade: UF: Telefone: Ass. Farmacêutico _____ Data _____</p>	
<p style="text-align: right;">Dr. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES 5724/PB</p>		<p style="text-align: right;">Dr. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES 5724/PB</p>	
<p style="text-align: right;">Ass. Farmacêutico _____ Data _____</p>		<p style="text-align: right;">Ass. Farmacêutico _____ Data _____</p>	



Documento de Alta

Nome: LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Número Prontuário: 106340		
Data de 02/02/1980	Sexo: Masculino	Data de Internação: 28/01/2018 15:19:21	Data de Alta: 04/02/2018 09:19:47
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR ; RETORNO ; ORIENTAÇÕES			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE COM FATURA EXPOSTA DE MANDÍBULA E LUXAÇÃO DE CÔNDILO ESQUERDO; FCC EM SUPERCÍLIO ESQUERDO; LÁBIO INFERIOR; LÍNGUA (VENTRE E DORSO) E ASSOALHO DE CAVIDADE ORAL.			
Resultado de Exames: TC DE FACE EVIDENCIANDO FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM LUXAÇÃO DE CÔNDILO ESQUERDO			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA E RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DA CAVIDADE ORAL E SUTURAS DE SUPERCÍLIO ESQUERDO E SUTURA DE LÍNGUA (DORSO E VENTRE) SOB ANESTESIA GERAL			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: REPOUSO POR 15 DIAS; RETORNO AO TRAUMA DIA 11/02/18 AS 7H. PRESCREVO NIMESULIDA; DIPIRONA; CEFALEXINA; METRONIDAZOL; PERIOPGARD. ATESTADO POR 15 DIAS. HIGIENIZAÇÃO ORAL RIGOROSA			

Data: 04/02/2018

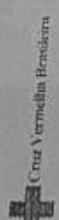
Ana Karina Tormes
 CRM: 5724
 ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
 CRM: 5724 - PB



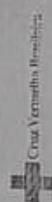


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 40



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: LENILSON TRINIDADE RODRIGUES

Data: 04/02/2018 09:11:45

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 38

BAE: 1058716

RETORNO - TRAUMA

RETORNO AMBULATORIAL EM 07 DIAS (11/02/2018)

Receituário

Paciente: LENILSON TRINIDADE RODRIGUES

Data: 04/02/2018 09:11:45

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 38

BAE: 1058716

RETORNO - TRAUMA

RETORNO AMBULATORIAL EM 07 DIAS (11/02/2018)

Ana Karina Tormes

CRO: 5724

Drª. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
5724/PB

Ana Karina Tormes

Cro: 5724

Drº. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
5724/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cap.58031-090

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P. 135



Lenilson Trindade Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CONFIRMADO
COMPRENSÃO
28 SEI 2010
PROTÓCOLO
REUNIÃO ASIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

088.964.554-05

Nome

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Nascimento

02/02/1990



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 41

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3183675

DATA DE
EXPEDIÇÃO

09 DEZ 2003

NOME

LENILSON TRINDADE RODRIGUES
valdery Pires Rodrigues

FILIAÇÃO

Maria das Dores Trindade Rodrigues

Solânea-PB

02.02.1980

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert. nasc. nº 10.587, fls. 151, liv. A-

DOC ORIGEM

10-Cart. Solânea-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>

Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 42



COMPREENDO
23 SET. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 43



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201117110488950000035061093>
Número do documento: 201117110488950000035061093

Num. 36731443 - Pág. 44



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
 Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 45

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554005 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA CAVIDADE BUCAL E PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/17 A 21.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 46

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554005 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA CAVIDADE BUCAL E PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/17 A 21.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 47

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554005 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA CAVIDADE BUCAL E PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/17 A 21.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 48

PROCURACÃO

OUTORGANTE: Jenilson Trindade Rodrigues
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Agricultor Nº DO RG: 318 3675
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 09/12/03
Nº DO CPF: 088.964.554-05 ENDEREÇO: Rua Belisário Ribeiro
nº 43, entre, Selaria - PB, cep 58225000

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário José Wilson Trindade Rodrigues, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Silvânia - PB, 30 de Agosto 2019.

Outorgante

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



b COMPRENSÃO DOCUMENTAL
verdadeira.
26 SET. 2010
PROTÓ
AG. JOÃO PESSO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334347/19

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

CPF: 088.964.554-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/01/2018

Titular do CPF: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LENILSON TRINDADE RODRIGUES : 088.964.554-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/09/2019

Data do cadastramento: 26/09/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093>
Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190553962 Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 02/12/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14818032



01/2001/01/2002 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171110493360000035061097>
Número do documento: 2011171110493360000035061097

Num. 36731447 Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190553962 Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/12/2018, emitido pelo Dr. EMILTON AMARAL SEGUNDO CRM nº 5352 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SNADOR HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

2004 EFFORTS - 2004 EFFORTS - 2004 EFFORTS

00060228

Carta n° 14845933



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Núm. 36731447 - Pág. 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 ASI: CPF da vítima: 088.964.554-05 Nome completo da vítima: Fernilson Trindade Rodrigues

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

Nome completo:	CPF:
Profissão:	Número:
Bairro:	Complemento:
E-mail:	CEP:
	Tel.(DDD):

Fernilson Trindade Rodrigues
Reavou-se
entre
ccf.sqsn@gmail.com.

Rua Belisário Penseira
Sobánia
73
58225000
83-98849-5530

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

DADOS CADASTRAIS

<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 OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) Operação - 033	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58218 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: 26/09/2019

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Fernilson Trindade Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) 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 intérro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 104/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

COMUNICANTE: LENILSON TRINDADE RODRIGUES ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE: SOLÂNEA-PB
PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1980 IDADE: 38 ANOS RG: 3.183675 SSP/PB CPF: 088.964.554-05 **FILIAÇÃO:** VALDERY PIRES RODRIGUES E MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES
ENDEREÇO: RUA SANTA LUZIA, Nº. 136, BAIXIO, SOLÂNEA-PB. **TELEFONE:** 83-99173-3961 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 02/12/2018 **LOCAL DO FATO:** SOLÂNEA-PB.

COMPRE/SECURIS/OPORTUNIDADE S/A.

26 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NARRATIVA: LENILSON TRINDADE RODRIGUES AFIRMA QUE NO DIA 02/12/2018 POR VOLTA DE 10:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 110 DE PLACA QFP-6736/PB DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR, PELA CIDADE DE SOLÂNEA-PB, NAS PROXIMIDADES DO LOJÃO DO MOTOQUEIRO, COLIDIU CONTRA UM VEICULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO E EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 14:15H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: Xenilson Trindade Rodrigues

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

Cabedelo-PB, 23 de dezembro de 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de Solânea – PB, à vítima Denilson Irundade Rodrigues portador de RG sob Nº 3183675 na cidade de Solânea e transferido para o H. de Emergência e Trauma Unidade Fluminense na cidade de João Pessoa no dia 02 / 12 / 18.

Solânea, 02 / 05 / 19





Prefeitura Municipal de Solânea
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data: 02/12/2018	Ocorrência N°: 2274699	Paciente / Usuário: Benilton Trindade Rodrigues	Idade: 38	Sexo: ♂ Masc.	Fem.
Local da Ocorrência: BASE DO SAMU	Bairro: centro	Médico Regulador: Honorino			

Auxílio no Local: PM Resgate / Bombeiros Resgate / PRF CPTAN STTRANS TROTE Outro:

DESTINO:

Local: H. Inácio JP	Dr. Leonardo Soares de Lima	Paciente Regulado
Responsável: CAROLINA	CIRURGIA-GERAL/VIDEO-CIRURGIA	Paciente Regulado
CRM: 211-QBB:		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO. - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

<input type="checkbox"/> QUEDA <5m <input type="checkbox"/> QUEDA >5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO <input checked="" type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
<input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input checked="" type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO
<input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> OUTRO:
<input type="checkbox"/> NÚMERO DE VITIMAS NO LOCAL _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> DIR. <input type="checkbox"/> ESG.
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU: _____ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU: _____ <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB. <input type="checkbox"/> FAF.
<input type="checkbox"/> OUTRO:
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSIVO FÍSICA
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR:

EXAME FÍSICO MÉDICO

Econtrado: <input type="checkbox"/> DECUBITO LATERAL <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO
EM CIMA DE: OUTRO:
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> HALITO ETIUCO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO:
Quexa: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTÉIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____
LESÕES APRESENTADAS: <input checked="" type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: MBD <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ <input checked="" type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: FRONTE / PARIGINA <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CAIMBRA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____

DADOS VITais

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ bpm FINAL: _____ bpm / PULSO RADIAL: _____ PRESENTE <input type="checkbox"/> AUVENTE
FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> >90 <input type="checkbox"/> <90
RADAR RESPIRATORIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR - PERFORAÇÃO MMSS: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMRI: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE <input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ	
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> PEFURAÇÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA	
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: 1M Taux 80mHz HOT 12mg/de FC 82 30°C/10°C 100% 92%

<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: M <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / TIRANTES <input type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES
<input checked="" type="checkbox"/> A. V. P. COM ABOCATH N°: 14 <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD / SRI 1000 ml SF 0.9% ml / MEDICAÇÃO: GLICOSE + CONPRESOL
<input type="checkbox"/> 021/min MASCARA COM RERV. <input type="checkbox"/> CATETER NASAL / IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MDE <input type="checkbox"/> NSD <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MID / MACA A VÁCUO /
<input type="checkbox"/> IMOBILIZADOR DE OBJETO IMPALADO / EXTRICAÇÃO: <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO E
<input type="checkbox"/> OLHO D / <input type="checkbox"/> VELPEAU / LOCAL: _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL N°: 10 <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: 1ml/min <input type="checkbox"/> MASCARA C/RESERVATORIO: min <input type="checkbox"/> I. TRAQUEAL N°: _____ M. LARINGEAN N°: _____
<input type="checkbox"/> V. MECÂNICA <input type="checkbox"/> CRICO: <input type="checkbox"/> PUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA - TORACOCENTESE: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D DRENAGEM TORÁCICA: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D PERICARDIOCENTES
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO: ECG <input type="checkbox"/> ETCO - RCP <input type="checkbox"/> MANUAL / AUTOPULSE / DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUAL / AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS
<input type="checkbox"/> FRASCOS EV. FENTANIL mg <input type="checkbox"/> SUCCINILCOLINA mg <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM mg <input type="checkbox"/> DIAZEPAN mg <input type="checkbox"/> OUTROS: _____

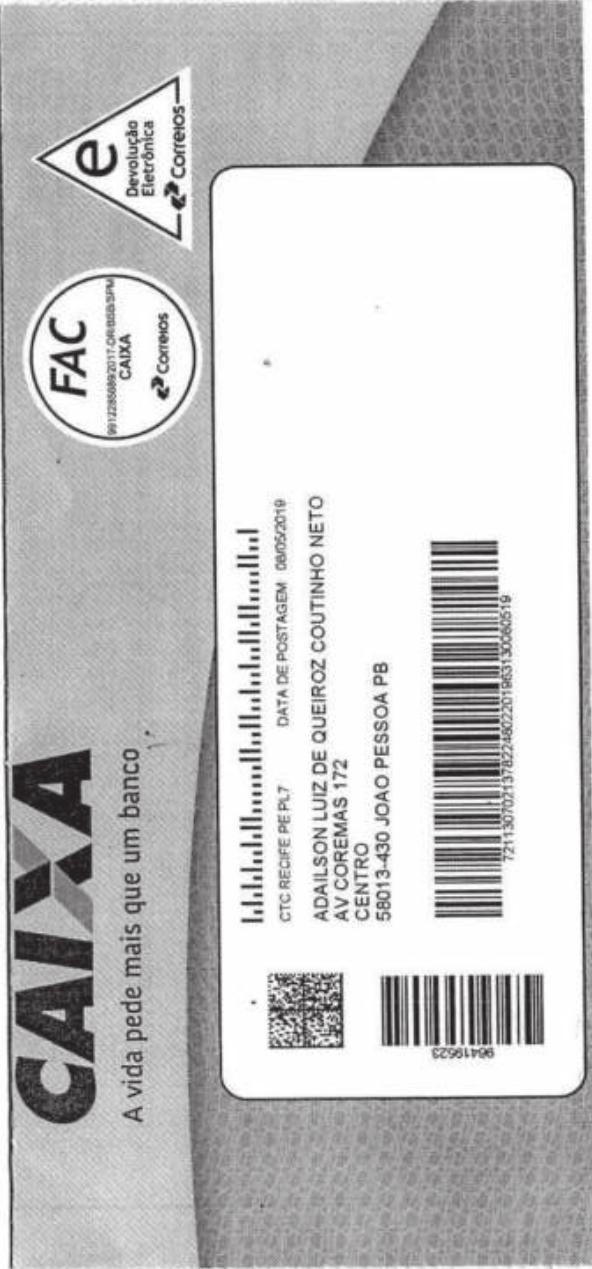
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINURA)

ENFERMEIRO: <i>Lirmando</i> COREN: 36993 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>b. banulin</i> COREN: _____
CONDUTOR: <i>Beninaldo</i> SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

RECUSA

NOME: _____ RG: _____
ASSINATURA: _____
TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 9



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUJEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL_AESBY3TIBO-1&CODIGO-39636

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAE².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 12.830.

Pelo exposto, eu Adelson Luiz de Oliveira Loureiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.864.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benilson Trindade Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro, da Vítima Benilson Trindade Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 308 do Código Penal.

Endereço	Av. Mário Covas		Número	172	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	José Bonifácio	Estado	CEP
Email	ccf.advs@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	83-3506-1910	Telefone celular (DDD)
				83-98849-5530	

José Pedroso-PB 26 de Setembro de 2019
Local e Data

Adailson Lacerda de Queiroz, contumax
Assinatura do Declarante

PLDPL 2011/001/PLD13



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,
RG nº 4.273.767, data de expedição 14/08/14,
Órgão 55051PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,
com Domicílio na cidade de Solânea, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua licino Belém n° 89, complemento, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
João Gilberto Trindade Rodrigues, cujo o condutor
era João Gilberto Trindade Rodrigues.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2016
Modelo.....: Honda / POP 310I
Placa.....: QFP 6736/PB
Chassi.....: 9C2 JB0100HR223689
Data do acidente.: 02/12/2018

Local e data: Solânea - PB, 30/08/2019

X João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma)



CRI → NCR / ORTO

19/12



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: 1126536



Identificação do paciente						
ID 1255929	Nome LENILSON TRINDADE RODRIGUES					
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38 anos 10 meses	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES	Pai VALDERY PIRES RODRIGUES					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) VALDICEA TRINDADE - IRMAO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991465103	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3183675	Nº Cns 704601138965326				
Local de procedência SOLANEA	Tipo MUNICÍPIO UF PB					
Email	Naturalidade SOLANEA					
CBO/R						
Endereço						
CEP 58225000	Município de residência SOLANEA	UF PB	Logradouro MANOEL GOMES DE ARAUJO			
Número 60	Complemento	Bairro BACHIO				
Admissão						
Data e Hora 02/12/2018 14:15:57	Número da pulseira 100007117441	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 VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou COMBRE/SEGURO PREVIDÊNCIA S/A					
Sinais Vitais						
PA 120 x 80 mmHg	P脉 89	Temperatura 36 SET. 2018	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: Paciente EGF, lítico da retina, cálculos e rugel migração, solicita exame da urina, sangue etc Conselho da equipe de pronto Dr. Leonardo Batista 0994518512-ENF						
Diagnóstico CID						
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA Tempo 41seg						

Imprimir
Dr. Leonardo Soares da Lima
CIRURGIA-GERAL/VID/24/4/2018

02/12/2018 14:15

1 of 1





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 14:42:53	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA (FEZ INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA); TEVE TRAUMATISMOS NA CABEÇA (FCC NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL D) E NO PÉ DIREITO, ALÉM DE ALGUMAS ABRASÕES. SEM QUEIXAS NO TÓRAX/ABDÔMEN.

CONDUTA:

- 1.TC DE CRÂNIO/COLUNA CERVICAL;
2. RX DE TÓRAX/BACIA/PÉ D;
3. PAREcer DA NCR/ORTO;

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Boleto registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

Conduta

Dr. Leônidas Júnior de Lima
ORURGIA-GERAL/VIDEO-CIRURGIA

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=455978&pesquisa=S&perform=im...> 1/2





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LENILSON TRINDADE RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO	02/02/80
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.126.536
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/18
ORA DO ATENDIMENTO	14:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	S01.8 + T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, fez ingestão de bebida alcoólica. Ferimento contuso, com perda de substância, em região fronto-temporal direita. Ferimento no pé direito, torax e abdomen sem queixas. Consciente e orientado. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
RX de bacia
X de pé direito
TC de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

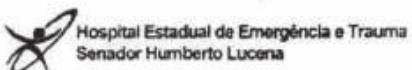
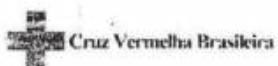
Sutura de ferimento. Medicado.

ALTA HOSPITALAR:	03/12/18
DATA DA EMISSÃO:	11/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 454554

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:40:39	

Anamnese

##NCIR##

PACIENTE EVOLUI COM QUEIXA DE NAUSEAS, SEM VOMITOS.

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO
SEM DEFICITS
VIGIL, CONSCIENTE, OREINTADO

CD: SINTOMATICOS
OBS NEUROLOGICA

MEDICAÇÃO

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

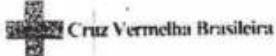
Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456317&pesquisa=S&perform=im...> 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
 Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 15



UTQ

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

Tel:

CNES: 454556

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 105840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEIA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMILTON AMARAL SEGUNDO	Nº Cons. Regional 5352/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:20:24	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA. PACIENTE REFERINDO NÁUSEAS. NEGA ALERGIAS.

AO EXAME:

PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TÊMPORO-FRONTAL DIREITA COM PRESERVAÇÃO DA INERVAÇÃO DO RAMO FRONTAL DO NERVO FACIAL.

CONDUTA:

- REALIZADO DEBRIDAMENTO DE BORDOS E RETALHO DE VIZINHANÇA COM ANESTESIA LOCAL E SUTURA COM NYLON 3-0
- OBS: DURANTE O PROCEDIMENTO, O PACIENTE PEDIU PARA INTERROMPER POR DUAS VEZES PEDINDO PARA VOMITAR. COMO JÁ HAVIA SIDO LIBERADO PELA NEURO E NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO NÃO RELATOU ESSES SINTOMAS, SOLICITO NOVA AVALIAÇÃO DA NEURO.
- ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

CID10

Código	Descrição
S01.9	Ferimento na cabeça, parte não especificada

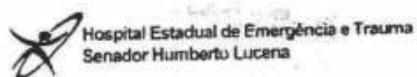
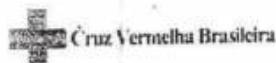
Conduta

Em observação

EMILTON AMARAL SEGUNDO
(CRM: 5352/PB)

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	Prontuário 106840
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57	Data/Hora Prescrição 02/12/2018 19:58:58		

Anamnese

PACIENTE COM FERIMENTO DE PELE NO PE DIREITO, SEM LESÃO DE TENDÃO, RAIOS-X SEM FRATURA NEM LUXAÇÃO. CONDUTA: ALTA DA ORTOPEDIA, AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL PARA SUTURAS.

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
(-4518/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456161&pesquisa=S&perform=im... 1/1
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456161&pesquisa=S&perform=im...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 18



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	02/02/1980	1126536	02/12/2018 14:15:57	
Idade	38a 10m	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe	MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES	Masculino	704601138965326	Prontuário 106840
Endereço	MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro	Município	UF PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	7733/
Data/Hora Classificação	02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição	
			02/12/2018 18:39:56	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PÉ D HÁ HORAS.

HD: FERIMENTO EXtenso NO DORSO DO PÉ D

CD: SOLICITO TC DO PÉ D.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

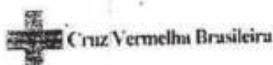
IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
 Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
5300-1000

58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mae MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 18:04:33	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vítima de queda de moto, com perda de consciência, sem vômitos. Nega dor cervical.

As exams: ECG 15, PIER, sem déficit focal.

TC Cráneo sem afecções neurocirúrgicas de urgência.
TC Coluna Cervical sem afecções neurocirúrgica de urgência.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
Alta da neurocirurgia.

Conducta

Em observação

LENILSON TRINIDADE RODRIGUES

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Brasília

Data: 02/12/18 14:42
Usuário: LEONARDO
Boleto: 1126536



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo MASCULINO	Nº 1126536	Nº Prontuário 106840	Data Prescrição 02/12/2018 14:42:53
LENILSON TRINDADE RODRIGUES Móvel do Atendimento	Enfermaria I Leito				Validade da Prescrição 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00	
Convênio SUS			Matrícula			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Aplicamento
1 DIETA ZERO	0,0			NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500,0	ML		E.V.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			AGORA
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			AGORA
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					

Reimpresso por:

-

dia: -

LEONARDO SOARES DE LIMA
CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de nasc.	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	02/02/1980	38a 10m 1d	MASCULINO	1126536	106840	03/12/2018 00:40:39
Movido do Aendimento	Enfermaria / Leito					Validade da Prescrição
Convenio						03/12/2018 00:40:00 - 04/12/2018 00:40:00
SUS						Senha

Matrícula	Data da entrada:	Data da Internação:	Permanência na UCI:	Permanência no
	02/12/2018 14:15:57		10h 25min	
	Via de	Veloc. Int.	Pós	Apazramento

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso		

1 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4,0 ML)	4ML	E.V.	AGORA	

2) *Além de ser evitado.*

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

Tomás Catao Monte Raso





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa 2018-12-03 09:50:16,0
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 09:50:20	

Anamnese

#NCR

PACIENTE EVOLUI COM MELHORA DOS VOMITOS.
JA LIBERADO DAS DEMAIS CLINICAS

CD.

ALTA DA NCR

ALTA HOSPITALAR

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário:

DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Data e Hora

03/12/2018 09:50:16

Observações

Motivo de Alta

ALTA HOSPITALAR

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB/7423

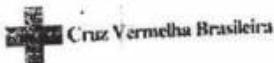


Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
 Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 23



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente			Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES		BAE 1126536	02/12/2018 14:15:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
02/02/1980	38a 10m 1d	Masculino	704601138965326	(83) 991465103
Mae				Prontuário
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				106840
Endereço	Bairro	Município	UF	
MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEIA	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	4417/PB	
Data/Hora Clasificação		Data/Hora Prescrição		
02/12/2018 14:15:57		03/12/2018 08:26:36		

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 18H (COLISÃO COM CARRO). APRESENTA FERIMENTOS SUTURADOS EM FACE E PÉ D + ESCORIAÇÕES EM MEMBROS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA. REFERE VÔMITOS. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR, NEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS E MMII. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. JÁ AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA PLÁSTICA E ORTOPEDIA. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

*Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417*

 ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
 (: 4417/PB)

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456528&pesquisa=S&perform=im...> 1/1
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>




Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:04.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região parietal direita.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:06.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 26



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745909

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Técnica:

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

Análise:

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Ausência de sinais de fratura.

Lesão de aspecto ulcerado nas partes moles na região do dorso do pé, com focos gasosos de permeio, compatível com processo infeccioso.

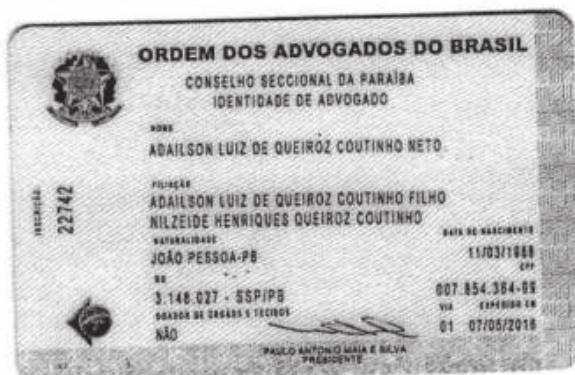
Sugere-se complementar com RM.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 06/12/2018 21:18.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





COMPRENSÃO DOCUMENTARIA
23 SET. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃOS

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
PRT 20161400009594-9
1 0110396411-6 00/00000000 2016

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

12358103489	PB	QFP6736/PB
NOVO	PB	9C2JB0100HR223689
PAS/MOTOCICLE/MDO APLIC		GASOLINA
HONDA / POP 110I		2016 2017
2 P/109 /CI	PARTIC	VERMELHA
IPVA PAGO EM	02/12/2016	1 ^o SEM NO COPI
IPVA 12/14 *****	0	2 ^o
*****	SEGURO	3 ^o
A.F ADM DE CONC MACION HONUA LTDA		
SOLANEJA - PR		
16497		

COMPRE/SEGURAR/PROVIMENTO
26 SET. 2016
PROTOCOLO AO PESO

PB N° 012824600421 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
12358103489 www.segurodotransito.com.br/p6736/pr SAC DPVAT 0800 022 1284	
2016	05/12/2016
JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR	
1	12358103489
01103964116	9C2JB0100HR223689
1	QFP6736/PB
1	01103964116
2016	9
*****	SEGURO
PAGO	

SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 05.245.806/0001-04	
www.seguradoralider.com.br	
41491-1114577-20161205	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553962 Cidade: Solânea Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES Data do acidente: 02/12/2018 Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL A DIREITA (COM PERDA DE SUBSTANCIA).
TRAUMA CORTO CONTUSO NO DORSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO E SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 30



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334305/19

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

CPF: 088.964.554-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LENILSON TRINDADE RODRIGUES : 088.964.554-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/09/2019

Data do cadastramento: 26/09/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>
Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 32