



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
36731404	17/11/2020 11:10	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
36731443	17/11/2020 11:10	<a href="#">2760756_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
36731447	17/11/2020 11:10	<a href="#">2760756_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14827775

Pag. 00423/00424 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: 088.964.554-05	Nome completo da vítima: Benilson Trindade Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Benilson Trindade Rodrigues	CPF: 088.964.554-05	
Profissão: Recebeu - x	Endereço: Rua Belizor Pereira	Número: 43
Bairro: Centro	Cidade: São Maria	Estado: PB
E-mail: ccf.com@gmail.com	CEP: 58225000	Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Openbank - 013 <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58238	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <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: _____
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <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.

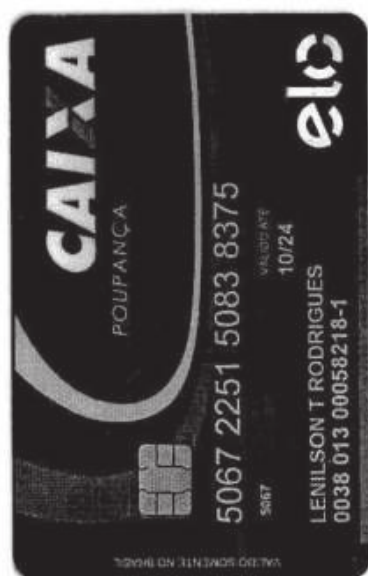
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, São Maria - PB, 26/09/2019
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
	Assinatura do Representante Legal (se houver)
	Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª   Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª   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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.









**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.

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018

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

*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: 088.964.554-05	Nome completo da vítima: Benilson Trindade Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Benilson Trindade Rodrigues	CPF: 088.964.554-05	
Profissão: Recebeu - x	Endereço: Rua Belizor Pereira	Número: 43
Bairro: Centro	Cidade: São Maria	Estado: PB
E-mail: ccf.com@gmail.com	CEP: 58225000	Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58238	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <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: _____
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, São Maria - PB, 26/09/2019
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
	Assinatura do Representante Legal (se houver)
	Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª   Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª   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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.









**SAMU  
192**



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



**SAMU  
192**

TRAUMA  
Acidente e/ou Danos  
em:

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data 28/11/18	Ocorrência Nº 3469790	Paciente / Usuário Dendson Junior de Albuquerque	Idade 38	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência Hospital Distrital de Solânea		Bairro Centro	Médico Regulador Guarlicia	
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:				
QTA <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <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 AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)			- ANTECEDENTES	
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DE: H.S.			MEDICAMENTOS PATOLOGIA(S) ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO VACINAS	
CINEMÁTICA:			COMPREV 26 SET. 2010 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

DESTINO

Local 01: Trauma 88

Responsável:

Alberto Barros Amujo  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PB 10205

Função:

médico

Local 02:

Responsável:

Função:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

Vítima de queda de moto, alcoolizada, com trauma de tórax, abdômen e membros inferiores. Contusões em membros inferiores e tórax. Lesões de pele. Exame físico: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de imagem: sem alterações. Exame de laboratório: sem alterações. Exame de outros: sem alterações.

DADOS VITAIS DE Trauma de AP.

VVAA: Livre ☒ Obstruída ☐ RESPIRAÇÃO ☐ > 30 ipm ☒ < 30 ipm PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente PAS ☒ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg  
 PA: 150/100 FC: 88 PR: 18 GLICEMIA: 122 F. Com: 15 SpO2 a: 99% SpO2 c: 92%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Vítima de queda de moto, alcoolizada, com trauma de tórax, abdômen e membros inferiores. Contusões em membros inferiores e tórax. Lesões de pele. Exame físico: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de imagem: sem alterações. Exame de laboratório: sem alterações. Exame de outros: sem alterações.

MÉDICO: Romulo CRM: 3353 / ENFERMEIRO: Vanessa COREN: 246456  
 CONDUTOR: Spt

RECUSA:

NOME:

R.G.

ASSINATURA

TESTEMUNHA



### RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: ☐ RG / ☐ CPF / ☐ TÍTULO DE ELEITOR / ☐ HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

CELULAR: QUANTIDADE: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_

CARTÕES DE CRÉDITO ☐ MASTER CARD / ☐ 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): \_\_\_\_\_ / ANÉIS (QUANTIDADE): \_\_\_\_\_

BRINCOS (QUANTIDADE): \_\_\_\_\_ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RECEBEDOR: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	VL
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 Unid.)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
BIPIRONA 1g		ÁLCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	X
DICLOFENAC 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G	
PUROSEMIDA		JELCO N° 14	
CAPITOPRIL 25 mg		JELCO N° 16	
AAS 100 mg		JELCO N° 18	
SORDIL 5 mg		JELCO N° 20	
METOCLOPRAMIDA	01	JELCO N° 22	
HIIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N° 24	
HIIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N° 23	
PRATROPICO GOTAS		SCALP N° 25	
FENOTEROL GOTAS		CARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIODARONA		ESPARADRAPO	
TERBUTALINA		MÁSCARA DESCARTÁVEL	01
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL N° 7,5	
		LUVA ESTÉRIL N° 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	X
		OUTROS:	
		Seringa 5 ml	03
		Compressa Esteril (picote)	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 Benilson Trindade Rodrigues portador do RG 3583675 na cidade de Solanêa - PB e transferido para o Hospital de Trauma na cidade João Pessoa no dia 28 de 01 de 2018

Solanêa, 29/04/2019

*Vanessa Silva*  
Vanessa Silva Rosas Fernandes  
Enfermeira  
COREN-PB 246.458







GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
*o trabalho*

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA  
CNPJ: 08.778.268/0010-51

## 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: S00.9 + S 02.6.

Solânea – PB., 02 de Maio de 2019.

*José Márcio de Sousa Filho*  
CPF 044.504.854-91 - CRM 126.161

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



# 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



MARIA NASARE AVELINO DA SILVA  
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO  
SOLANEA / PB CEP: 58225000 (A3-44)

Ligação MONOFÁSICO  
Cta/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 10 - 44 - 70 - 4050  
Medidor: 00001127408  
Referência: Set / 2019  
Emissão: 17/09/2019

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-400  
CNPJ 08.095.165/0001-40 Ins. Est. 16.015.674-0

Nota Fiscal / Cont. de Energia Elétrica Nº 021.194.417  
Ctd para Dct. Automática: 0006072352

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	051.757.934-40

UC (Unidade Consumidora): 5/307235-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: [saude.gov.br/vacinasbrasil](http://saude.gov.br/vacinasbrasil)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 16/08/19 Leitura: 13333	Data: 17/09/19 Leitura: 13587	1	54	32

Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alíq.	Valor (R\$)
001	Consumo até 20kWh-BR	30.000	0,180360	5,41	0,00	0	5,41
001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	24.000	0,336540	8,08	0,00	0	8,08
0601	Adic. B Vermehe	1,04	0,00	0,00	0,00	0	0,00
0610	Subsídio	17,58	0,00	0,00	0,00	0	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	7,90	0,00	0,00	0,00	0	0,00
0608	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019	0,05	0,00	0,00	0,00	0	0,00
0609	Devolução Subsídio	-16,59	0,00	0,00	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 22,52 0,00 0,00 22,52 0,00 1,49  
Tarifa de Trabalho: At-2019/19 0,185400 Alíq 100kWh 0,317940

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68	06/10/2019	R\$ 23,52

Histórico de Consumo (kWh)											
60	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20

RESERVADO AO FISCO

1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.

Indicadores de Qualidade 17/09/2019 - BARRERAS

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,91	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,62	0,00
DIC ANUAL	23,64	0,00
FIC MENSAL	6,25	0,00
FIC TRIMESTRAL	13,45	0,00
FIC ANUAL	3,48	0,00
DICR	12,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Ctd. de Energia/PS	8,15	34,63
Consumo de Energia	8,08	34,31
Serviço de Transmissão	43,77	186,14
Preço de Distribuição	9,06	38,91
Imposto de Consumo e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	22,52	100,00

Valor em Euro (Ref. P. 2019) R\$ 6,66

### ATENÇÃO

- PRECISO: Caso você tenha sido suspenso(a) em razão de não pagamento poderá ser suspenso(a) a partir de 01/01/2019. Conforme Resolução 474/ANEEEL, o pagamento desta taxa não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou a conta não seja paga. Não existe nenhuma medida de compensação. Caso essas faturas estejam pagas, desconecte essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o último dia do prazo de 95 (noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$16,55. Resolva Tarifa: Vigência 28/09/19-Res ANEEEL nº 2.508-Ata Tensão-4,40% Média Resolva Tarifa: Vigência 28/09/19-Res ANEEEL nº 2.508-Baixa Tensão-4,23% Média

### Faturas em atraso

Ago/19	20,50
Jul/19	22,95

BANCO DO BRASIL - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06301.615172 9 80340000002352

PAGADOR MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 051.757.934-40  
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA / PB CEP: 58225000

Nosso Nr.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120008301615	00307235201909	06/10/2019	R\$ 23,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.165/0001-40  
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-400

Agência / Código do beneficiário: 3054-3/2447-3



COMPROVANTE DE  
RESIDÊNCIA DA  
VÍTIMA!

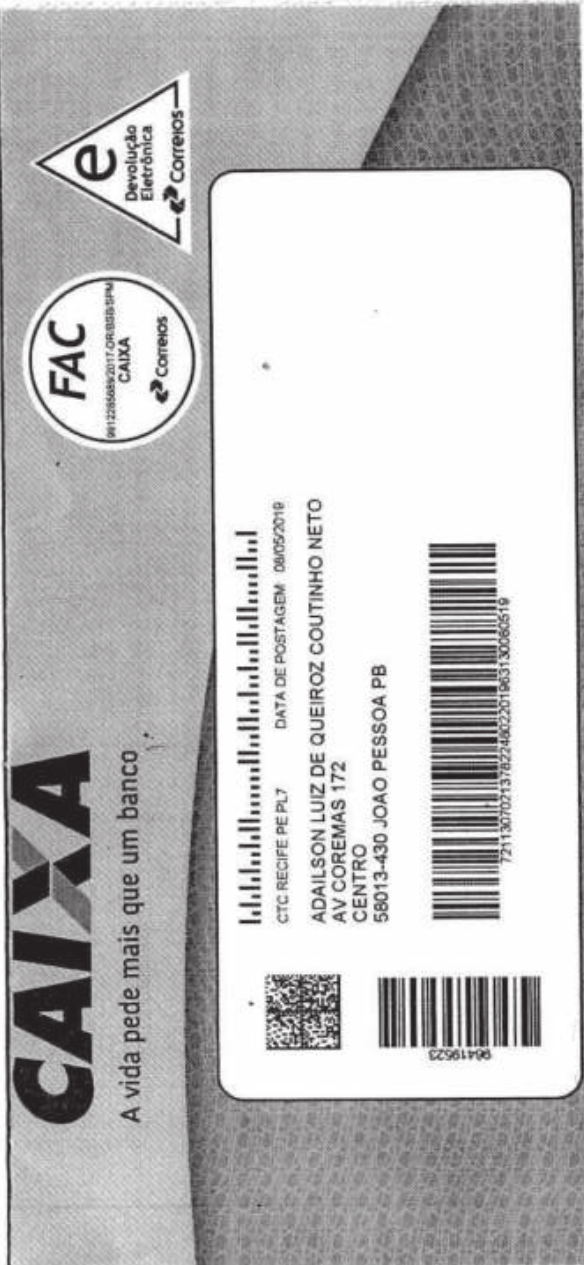
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
25 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171110488950000035061093>

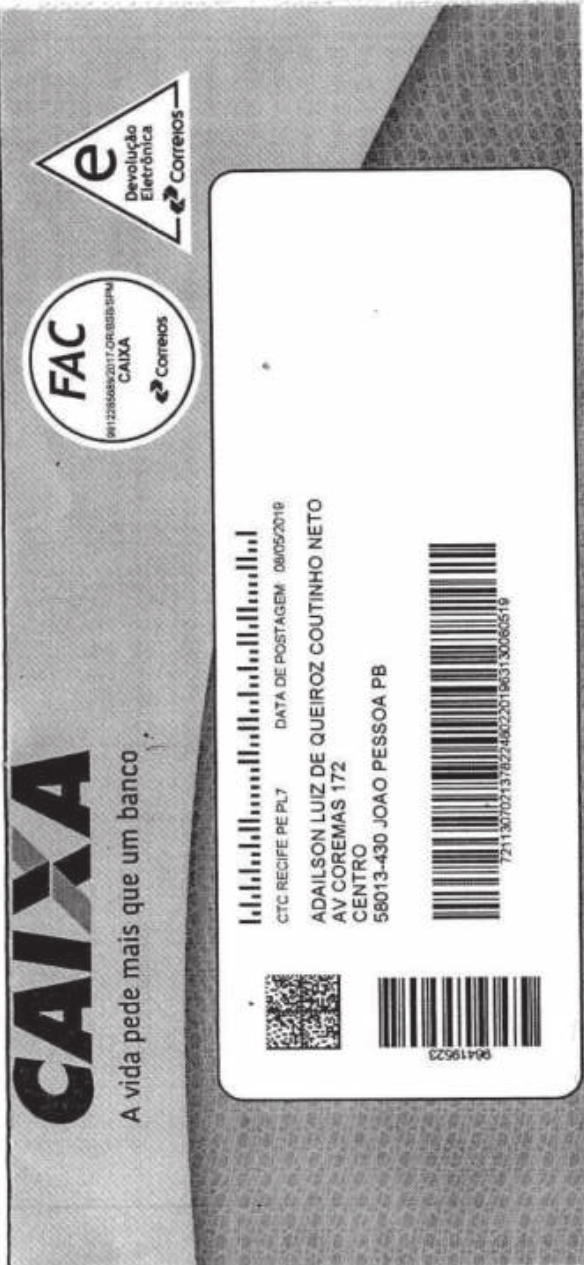
Número do documento: 2011171110488950000035061093



COMPREV  
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTOS S/A  
25 SET. 2018  
PROTOCOLADO  
S. JOÃO PESSOA







COMPREV  
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTOS S/A  
25 SET. 2018  
PROTOCOLADO  
S. JOÃO PESSOA



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,  
RG nº 4273.767, data de expedição 14 / 08 / 14,  
Órgão SSD5/PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,  
com Domicílio na cidade de Salônea, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lício Belomonte da Mota  
centro 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 vítima  
Isenilson Trindade Rodrigues, cujo o condutor  
era Isenilson Trindade Rodrigues.

Veículo.....: motocicleta  
Ano.....: 2016  
Modelo.....: Honda / POP 110I  
Placa.....: RFP 6736/PB  
Chassi.....: 9C2 JB 0100HR 223689  
Data do acidente.: 28/01/2018

Local e data: Salônea-PB, 30/08/2019



X José 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)





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:

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.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de face.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula.

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










 Governo do Estado da Paraíba

 Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba  
 Secretaria Municipal de Saúde

 GOVERNO  
 DA PARAÍBA

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

**Anamnese**

ACIDENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE COM FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA + LUXACAO DE CONDILO ESQ. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR E GERAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE RESPONSIVO. EUPNEICO, SONOLENTO. AO EXAME FISICO 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

Ana Karina Tormes

Cirurgã Especialista

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

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

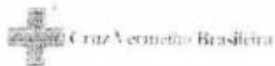
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104889500000035061093



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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

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

**anamnese**

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 BUCO

**Conduta**

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgia  
CRM-PB 6800  
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/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=201360&pesquisa=S&perform=im...> 1/1

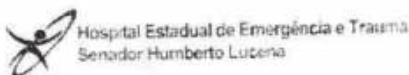
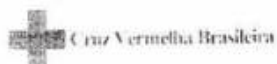


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49

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

Número do documento: 20111711104889500000035061093

Num. 36731443 - Pág. 20



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

## anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. 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), OCLUSÃO INSTÁVEL, 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), CONDILO (E) FORA DA CAVIDADE GLENOIDE.

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

## EXAME LABORATORIAL

HAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA

## CID10

Código	Descrição
S02.0	Fratura de mandíbula

## Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES



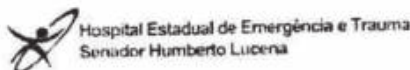
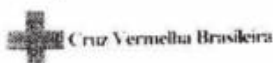
LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
(: 4550/PB)

Bilhete registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em: 28/01/2018 04:19:45

http://172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=201342&amp;pesquisa=S&amp;perform=







## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

## 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 ESCORIAÇÕES 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 (MGTSM)  
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

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

## CID10

Codigo	Descrição
S20.4	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

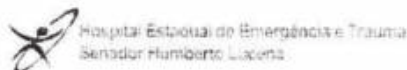
LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ALBERTO BARROS ARAUJO  
(CRM: 10295/PB)

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







AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE <b>1058716</b>	Data/Hora Entrada <b>28/01/2018 04:18:46</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991465103</b>
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>	Bairro <b>BACHIO</b>	Município <b>SOLANEA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO</b>	Nº Cons. Regional <b>6700/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>28/01/2018 04:18:46</b>	Data/Hora Prescrição <b>28/01/2018 07:19:03</b>		
Convênio <b>S</b>	Nº Matricula	Senha	
<b>anamnese</b>			
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			
<b>CID10</b>			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
<b>Conduta</b>			
Em observação			

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

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

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





# 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	CNS
02/02/1980	37	Masculino	
Mãe			Telefone de Contato
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			(83) 991465103
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	5724/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
28/01/2018 04:18:46	28/01/2018 13:53:38		
Inveniente	Nº Matricula		Senha
3			

## Anamnese

ACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL PARA REDUCAO E FIXACAO DE FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA, SEM INTERCORRENCIAS. SEGUE 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 (MGTSM)

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 (MGTSM)

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 NECESSÁRIO 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

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



Ana Karina Tormes

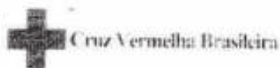
CRO: 5724

Cirurgia Bucal e Maxilofacial

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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





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

### EVOLUÇÃO MEDICA (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, loto, afebril ao toque e sem queixas algicas, 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







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Impresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVAO

Em: 02/02/2018 10:54:40

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

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

### EVOLUÇÃO

#### DESCRIÇÃO 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:

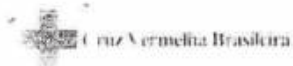
- 1)prescrição hospitalar
- 2)solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) aguardo ciclo do antimicrobiano para alta

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

Número Conselho: 2537

Clárisa Barbosa Campelo Galvão  
Odontóloga





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

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

Paciente	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1056716		28/01/2018 04:18:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
02/02/1980		Masculino		106840
Tempo de Internação	Convênio		Plantão	
	SUS		DIURNO	

## EVOLUÇÃO MEDICA (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 algicas. 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  
DO ESTADO  
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA  
CNES: 1256676 - Tel.

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

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

### 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.

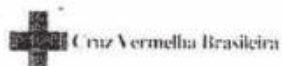
Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011

Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA

Número Conselho: 4149

*[Assinatura manuscrita]*  
10/1/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

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

em: 30/01/2018 05:46:17

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

#### EVOLUÇÃO MEDICA (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 ALGICAS. 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

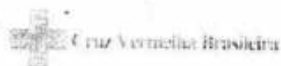
2)SOLICITO ACOMPANHAMENTO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA MELHOR CONDIÇÃO DE HIGIENE

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

Número Conselho: 4149







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

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

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

### EVOLUÇÃO MEDICA (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 mandíbula, SEGUE ESTÁVEL, NORMOCORADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. AO EXAME DE FACE OBSERVA-SE SUTURAS EM POSIÇÃO E SEM SANGRAMENTO.

CD: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE //SEM QUEIXAS

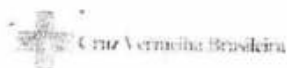
1 CON SCIENTE, ORIENTADO

2 ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF // 3- ALTA DA ANESTESIA

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

*[Handwritten signature]*  
Número Conselho: 2292





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto de Azevedo



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 <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	Boletim de Atendimento <b>1058715</b>	Data/Hora Entrada <b>28/01/2018 04:18:46</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	

### EVOLUÇÃO MEDICA (ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA - 29/01/2018 07:40:10)

#### EVOLUÇÃO

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 1 DPO DE FRATURA DE mandíbula, 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

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

Número Conselho: 3040

Dr. André Gustavo B. Luna  
Cirurgião Bucodentofacial  
CRO 3040 - PB





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETMIL

Nome: Anderson Teodoro Rodrigues BE/Prontuário: 105836  
Idade: 32 Sexo: ( ☒ ) Masculino ( ☐ ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 22/12/2019  
Clínica/Setor: BCE EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Redução + fixação de fratura mandibular  
Cirurgião: Dr. João Pessoa, Dr. Marcos 1º Assistente: Marcelo  
2º Assistente: José 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura completa de mandíbula</u>	<u>S12.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução + fixação de fratura de mandíbula</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. 22/12/2019

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1) Paciente em D & H sob monitoração geral
2) Antergaço entre a orelha e o pescoço + gaze de compressão
Incisão:
1) Incisão vertical entre as sobrancelhas
2) Incisão submentoniana
Achados:
1) Ducto parotídeo obstruído + litíase
2) Redução da próstata
Conduta:
1) Exatidão da próstata de 2,4 cm, 1,4 cm de espessura da parede anterior 2,0 + 0,5 próstata de 2,0 (1,2 próstata de 1,1 mm + 0,7 próstata de 0,7 mm) + 0,1 próstata de 0,1 mm
2) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
3) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
4) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
5) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
6) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
7) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
8) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
9) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
10) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
11) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
12) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
13) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
14) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
15) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
16) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
17) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
18) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
19) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
20) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
21) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
22) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
23) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
24) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
25) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
26) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
27) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
28) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
29) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
30) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
31) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
32) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
33) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
34) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
35) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
36) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
37) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
38) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
39) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
40) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
41) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
42) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
43) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
44) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
45) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
46) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
47) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
48) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
49) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
50) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
51) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
52) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
53) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
54) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
55) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
56) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
57) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
58) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
59) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
60) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
61) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
62) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
63) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
64) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
65) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
66) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
67) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
68) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
69) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
70) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
71) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
72) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
73) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
74) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
75) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
76) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
77) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
78) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
79) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
80) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
81) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
82) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
83) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
84) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
85) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
86) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
87) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
88) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
89) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
90) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
91) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
92) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
93) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
94) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
95) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
96) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
97) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
98) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
99) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm
100) Exatidão da próstata de 2,4 mm + 0,5 próstata de 2,4 mm

Médico/CRM:

  
SUELIO MOREIRA TORRES  
CRO: 5724

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FINGJASCTR.009-1





### Nota de Sala Cirúrgica

WEST TOWN

NOME DO PACIENTE		Nº 1058710		PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
ENDEREÇO: <b>Te. Cony de Inghis Gonçalves de Mendonça</b> CIDADE: <b>Osório</b> PAÍS: <b>Brasil</b> DATA: <b>23/03/2010</b>									
ALERGIAS: <b>Não</b> ANESTESIA: <b>Local</b> PRELIMINAR: <b>-</b> DATA: <b>23/03/2010</b> HEMOGRAMA: <b>ANESTESIA INÍCIO 09 FIM</b> CIRURGIA INÍCIO <b>13:00</b> FIM <b>13:00</b>									
FÓRmula de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST) ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5) ASA VI (ASA 6) ASA VII (ASA 7) ASA VIII (ASA 8) ASA IX (ASA 9) ASA X (ASA 10) ASA XI (ASA 11) ASA XII (ASA 12) ASA XIII (ASA 13) ASA XIV (ASA 14) ASA XV (ASA 15) ASA XVI (ASA 16) ASA XVII (ASA 17) ASA XVIII (ASA 18) ASA XIX (ASA 19) ASA XX (ASA 20) ASA XXI (ASA 21) ASA XXII (ASA 22) ASA XXIII (ASA 23) ASA XXIV (ASA 24) ASA XXV (ASA 25) ASA XXVI (ASA 26) ASA XXVII (ASA 27) ASA XXVIII (ASA 28) ASA XXIX (ASA 29) ASA XXX (ASA 30) ASA XXXI (ASA 31) ASA XXXII (ASA 32) ASA XXXIII (ASA 33) ASA XXXIV (ASA 34) ASA XXXV (ASA 35) ASA XXXVI (ASA 36) ASA XXXVII (ASA 37) ASA XXXVIII (ASA 38) ASA XXXIX (ASA 39) ASA XL (ASA 40) ASA XLI (ASA 41) ASA XLII (ASA 42) ASA XLIII (ASA 43) ASA XLIV (ASA 44) ASA XLV (ASA 45) ASA XLVI (ASA 46) ASA XLVII (ASA 47) ASA XLVIII (ASA 48) ASA XLIX (ASA 49) ASA L (ASA 50) ASA LI (ASA 51) ASA LII (ASA 52) ASA LIII (ASA 53) ASA LIV (ASA 54) ASA LV (ASA 55) ASA LVI (ASA 56) ASA LVII (ASA 57) ASA LVIII (ASA 58) ASA LIX (ASA 59) ASA LX (ASA 60) ASA LXI (ASA 61) ASA LXII (ASA 62) ASA LXIII (ASA 63) ASA LXIV (ASA 64) ASA LXV (ASA 65) ASA LXVI (ASA 66) ASA LXVII (ASA 67) ASA LXVIII (ASA 68) ASA LXIX (ASA 69) ASA LXX (ASA 70) ASA LXXI (ASA 71) ASA LXXII (ASA 72) ASA LXXIII (ASA 73) ASA LXXIV (ASA 74) ASA LXXV (ASA 75) ASA LXXVI (ASA 76) ASA LXXVII (ASA 77) ASA LXXVIII (ASA 78) ASA LXXIX (ASA 79) ASA LXXX (ASA 80) ASA LXXXI (ASA 81) ASA LXXXII (ASA 82) ASA LXXXIII (ASA 83) ASA LXXXIV (ASA 84) ASA LXXXV (ASA 85) ASA LXXXVI (ASA 86) ASA LXXXVII (ASA 87) ASA LXXXVIII (ASA 88) ASA LXXXIX (ASA 89) ASA XLXXX (ASA 90) ASA XLXXXI (ASA 91) ASA XLXXXII (ASA 92) ASA XLXXXIII (ASA 93) ASA XLXXXIV (ASA 94) ASA XLXXXV (ASA 95) ASA XLXXXVI (ASA 96) ASA XLXXXVII (ASA 97) ASA XLXXXVIII (ASA 98) ASA XLXXXIX (ASA 99) ASA L (ASA 100) ASA LI (ASA 101) ASA LII (ASA 102) ASA LIII (ASA 103) ASA LIV (ASA 104) ASA LV (ASA 105) ASA LVI (ASA 106) ASA LVII (ASA 107) ASA LVIII (ASA 108) ASA LIX (ASA 109) ASA LX (ASA 110) ASA LXI (ASA 111) ASA LXII (ASA 112) ASA LXIII (ASA 113) ASA LXIV (ASA 114) ASA LXV (ASA 115) ASA LXVI (ASA 116) ASA LXVII (ASA 117) ASA LXVIII (ASA 118) ASA LXIX (ASA 119) ASA LXX (ASA 120) ASA LXXI (ASA 121) ASA LXXII (ASA 122) ASA LXXIII (ASA 123) ASA LXXIV (ASA 124) ASA LXXV (ASA 125) ASA LXXVI (ASA 126) ASA LXXVII (ASA 127) ASA LXXVIII (ASA 128) ASA LXXIX (ASA 129) ASA LXXX (ASA 130) ASA LXXXI (ASA 131) ASA LXXXII (ASA 132) ASA LXXXIII (ASA 133) ASA LXXXIV (ASA 134) ASA LXXXV (ASA 135) ASA LXXXVI (ASA 136) ASA LXXXVII (ASA 137) ASA LXXXVIII (ASA 138) ASA LXXXIX (ASA 139) ASA XLXXX (ASA 140) ASA XLXXXI (ASA 141) ASA XLXXXII (ASA 142) ASA XLXXXIII (ASA 143) ASA XLXXXIV (ASA 144) ASA XLXXXV (ASA 145) ASA XLXXXVI (ASA 146) ASA XLXXXVII (ASA 147) ASA XLXXXVIII (ASA 148) ASA XLXXXIX (ASA 149) ASA L (ASA 150) ASA LI (ASA 151) ASA LII (ASA 152) ASA LIII (ASA 153) ASA LIV (ASA 154) ASA LV (ASA 155) ASA LVI (ASA 156) ASA LVII (ASA 157) ASA LVIII (ASA 158) ASA LIX (ASA 159) ASA LX (ASA 160) ASA LXI (ASA 161) ASA LXII (ASA 162) ASA LXIII (ASA 163) ASA LXIV (ASA 164) ASA LXV (ASA 165) ASA LXVI (ASA 166) ASA LXVII (ASA 167) ASA LXVIII (ASA 168) ASA LXIX (ASA 169) ASA LXX (ASA 170) ASA LXXI (ASA 171) ASA LXXII (ASA 172) ASA LXXIII (ASA 173) ASA LXXIV (ASA 174) ASA LXXV (ASA 175) ASA LXXVI (ASA 176) ASA LXXVII (ASA 177) ASA LXXVIII (ASA 178) ASA LXXIX (ASA 179) ASA LXXX (ASA 180) ASA LXXXI (ASA 181) ASA LXXXII (ASA 182) ASA LXXXIII (ASA 183) ASA LXXXIV (ASA 184) ASA LXXXV (ASA 185) ASA LXXXVI (ASA 186) ASA LXXXVII (ASA 187) ASA LXXXVIII (ASA 188) ASA LXXXIX (ASA 189) ASA XLXXX (ASA 190) ASA XLXXXI (ASA 191) ASA XLXXXII (ASA 192) ASA XLXXXIII (ASA 193) ASA XLXXXIV (ASA 194) ASA XLXXXV (ASA 195) ASA XLXXXVI (ASA 196) ASA XLXXXVII (ASA 197) ASA XLXXXVIII (ASA 198) ASA XLXXXIX (ASA 199) ASA L (ASA 200) ASA LI (ASA 201) ASA LII (ASA 202) ASA LIII (ASA 203) ASA LIV (ASA 204) ASA LV (ASA 205) ASA LVI (ASA 206) ASA LVII (ASA 207) ASA LVIII (ASA 208) ASA LIX (ASA 209) ASA LX (ASA 210) ASA LXI (ASA 211) ASA LXII (ASA 212) ASA LXIII (ASA 213) ASA LXIV (ASA 214) ASA LXV (ASA 215) ASA LXVI (ASA 216) ASA LXVII (ASA 217) ASA LXVIII (ASA 218) ASA LXIX (ASA 219) ASA LXX (ASA 220) ASA LXXI (ASA 221) ASA LXXII (ASA 222) ASA LXXIII (ASA 223) ASA LXXIV (ASA 224) ASA LXXV (ASA 225) ASA LXXVI (ASA 226) ASA LXXVII (ASA 227) ASA LXXVIII (ASA 228) ASA LXXIX (ASA 229) ASA LXXX (ASA 230) ASA LXXXI (ASA 231) ASA LXXXII (ASA 232) ASA LXXXIII (ASA 233) ASA LXXXIV (ASA 234) ASA LXXXV (ASA 235) ASA LXXXVI (ASA 236) ASA LXXXVII (ASA 237) ASA LXXXVIII (ASA 238) ASA LXXXIX (ASA 239) ASA XLXXX (ASA 240) ASA XLXXXI (ASA 241) ASA XLXXXII (ASA 242) ASA XLXXXIII (ASA 243) ASA XLXXXIV (ASA 244) ASA XLXXXV (ASA 245) ASA XLXXXVI (ASA 246) ASA XLXXXVII (ASA 247) ASA XLXXXVIII (ASA 248) ASA XLXXXIX (ASA 249) ASA L (ASA 250) ASA LI (ASA 251) ASA LII (ASA 252) ASA LIII (ASA 253) ASA LIV (ASA 254) ASA LV (ASA 255) ASA LVI (ASA 256) ASA LVII (ASA 257) ASA LVIII (ASA 258) ASA LIX (ASA 259) ASA LX (ASA 260) ASA LXI (ASA 261) ASA LXII (ASA 262) ASA LXIII (ASA 263) ASA LXIV (ASA 264) ASA LXV (ASA 265) ASA LXVI (ASA 266) ASA LXVII (ASA 267) ASA LXVIII (ASA 268) ASA LXIX (ASA 269) ASA LXX (ASA 270) ASA LXXI (ASA 271) ASA LXXII (ASA 272) ASA LXXIII (ASA 273) ASA LXXIV (ASA 274) ASA LXXV (ASA 275) ASA LXXVI (ASA 276) ASA LXXVII (ASA 277) ASA LXXVIII (ASA 278) ASA LXXIX (ASA 279) ASA LXXX (ASA 280) ASA LXXXI (ASA 281) ASA LXXXII (ASA 282) ASA LXXXIII (ASA 283) ASA LXXXIV (ASA 284) ASA LXXXV (ASA 285) ASA LXXXVI (ASA 286) ASA LXXXVII (ASA 287) ASA LXXXVIII (ASA 288) ASA LXXXIX (ASA 289) ASA XLXXX (ASA 290) ASA XLXXXI (ASA 291) ASA XLXXXII (ASA 292) ASA XLXXXIII (ASA 293) ASA XLXXXIV (ASA 294) ASA XLXXXV (ASA 295) ASA XLXXXVI (ASA 296) ASA XLXXXVII (ASA 297) ASA XLXXXVIII (ASA 298) ASA XLXXXIX (ASA 299) ASA L (ASA 300) ASA LI (ASA 301) ASA LII (ASA 302) ASA LIII (ASA 303) ASA LIV (ASA 304) ASA LV (ASA 305) ASA LVI (ASA 306) ASA LVII (ASA 307) ASA LVIII (ASA 308) ASA LIX (ASA 309) ASA LX (ASA 310) ASA LXI (ASA 311) ASA LXII (ASA 312) ASA LXIII (ASA 313) ASA LXIV (ASA 314) ASA LXV (ASA 315) ASA LXVI (ASA 316) ASA LXVII (ASA 317) ASA LXVIII (ASA 318) ASA LXIX (ASA 319) ASA LXX (ASA 320) ASA LXXI (ASA 321) ASA LXXII (ASA 322) ASA LXXIII (ASA 323) ASA LXXIV (ASA 324) ASA LXXV (ASA 325) ASA LXXVI (ASA 326) ASA LXXVII (ASA 327) ASA LXXVIII (ASA 328) ASA LXXIX (ASA 329) ASA LXXX (ASA 330) ASA LXXXI (ASA 331) ASA LXXXII (ASA 332) ASA LXXXIII (ASA 333) ASA LXXXIV (ASA 334) ASA LXXXV (ASA 335) ASA LXXXVI (ASA 336) ASA LXXXVII (ASA 337) ASA LXXXVIII (ASA 338) ASA LXXXIX (ASA 339) ASA XLXXX (ASA 340) ASA XLXXXI (ASA 341) ASA XLXXXII (ASA 342) ASA XLXXXIII (ASA 343) ASA XLXXXIV (ASA 344) ASA XLXXXV (ASA 345) ASA XLXXXVI (ASA 346) ASA XLXXXVII (ASA 347) ASA XLXXXVIII (ASA 348) ASA XLXXXIX (ASA 349) ASA L (ASA 350) ASA LI (ASA 351) ASA LII (ASA 352) ASA LIII (ASA 353) ASA LIV (ASA 354) ASA LV (ASA 355) ASA LVI (ASA 356) ASA LVII (ASA 357) ASA LVIII (ASA 358) ASA LIX (ASA 359) ASA LX (ASA 360) ASA LXI (ASA 361) ASA LXII (ASA 362) ASA LXIII (ASA 363) ASA LXIV (ASA 364) ASA LXV (ASA 365) ASA LXVI (ASA 366) ASA LXVII (ASA 367) ASA LXVIII (ASA 368) ASA LXIX (ASA 369) ASA LXX (ASA 370) ASA LXXI (ASA 371) ASA LXX									









## Liberação para Saída do Hospital



### DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

Nº BE OU PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

SETOR: Bloco

PACIENTE: Leilson Trindade

DATA: 04/02/18

HORA: \_\_\_\_\_

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO QUE DEU ALTA

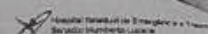
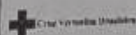
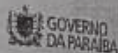
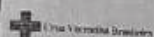
*Janaína Brito Tavares*  
Enfermeira

CARIMBO/ASSINATURA DA ENFERMAGEM

F(NG).APC.009-1







### Recetário de Controle Especial

Unidade de Saúde  
HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Barbosa, S/N Conj. Paco  
Paciente  
LEILSON TRINDADE RODRIGUES  
Nº Cartão do SUS  
BE  
1058716  
Endereço do paciente  
Rua MANOEL GOMES DE ARAUJO, 80, SOLANEA-PB-56225000

#### ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FMS, QUE LEILSON TRINDADE RODRIGUES, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 15 DIAS

CID: S02.9

04/02/2018

Data

DR. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES  
5724/PB

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade:

Crg. Emissor:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

UF:

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data

### Recetário de Controle Especial

Unidade de Saúde  
HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Barbosa, S/N Conj. Paco  
Paciente  
LEILSON TRINDADE RODRIGUES  
Nº Cartão do SUS  
BE  
1058716  
Endereço do paciente  
Rua MANOEL GOMES DE ARAUJO, 80, SOLANEA-PB-56225000

#### ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FMS, QUE LEILSON TRINDADE RODRIGUES, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 15 DIAS

CID: S02.9

04/02/2018

Data

DR. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES  
5724/PB

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade:

Crg. Emissor:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

UF:

Ass. Farmacêutico

Data





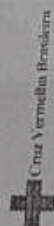
## Documento de Alta

<b>Nome:</b> LENILSON TRINDADE RODRIGUES		<b>Número Prontuário:</b> 106340	
<b>Data de</b> 02/02/1980	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 28/01/2018 15:19:21	<b>Data de Alta:</b> 04/02/2018 09:19:47
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> ALTA HOSPITALAR ; RETORNO ; ORIENTAÇÕES			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO 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.			
<b>Resultado de Exames:</b> TC DE FACE EVIDENCIANDO FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM LUXAÇÃO DE CÔNDILO ESQUERDO			
<b>Tratamento:</b> 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			
<b>Diagnóstico:</b> S02.6 - Fratura de mandíbula			
<b>Recomendações:</b> REPOUSO POR 15 DIAS; RETORNO AO TRAUMA DIA 11/02/18 AS 7H. PRESCREVO NIMESULIDA; DIPIRONA; CEFALEXINA; METRONIDAZOL; PERIOGARD. ATESTADO POR 15 DIAS. HIGIENIZAÇÃO ORAL RIGOROSA			

Data: 04/02/2018

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Receituário

Paciente: LENILSON TRINDADE 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

CRP: 5724

Dr. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

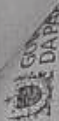
5724/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Receituário

Paciente: LENILSON TRINDADE 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

CRP: 5724

Dr. 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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P. 135

*Lenilson Trindade Rodrigues*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**088.964.554-05**

Nome

**LENILSON TRINDADE RODRIGUES**

Nascimento

**02/02/1980**



COMPRESSE  
28-SET-2010  
PROTOCOLO





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

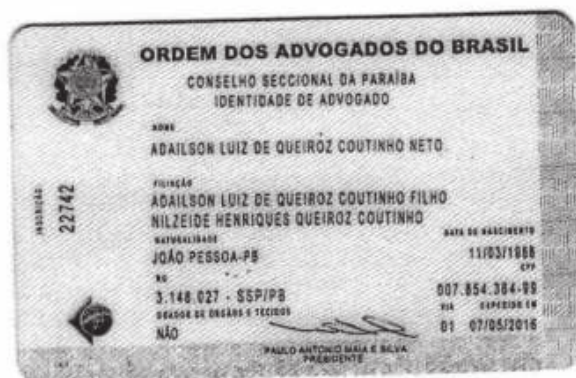
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

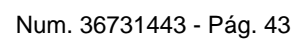
LEI Nº 7.416 DE 29/08/83

FAÇA SUA MÓDULA EM COPIA





COMPREV  
23 SET. 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**123.581.034-89**

Nome  
**JOSE GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR**

Nascimento  
**05/04/1997**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAÍBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-062

*Jose Gilberto Trindade Rodrigues Junior*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE  
**66B1.90F4.FCE2.F07C**

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:00:36 do dia 05/11/2013 (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.273.767 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2014

NOME JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR

FILIAÇÃO JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES MARINÊS BATISTA RODRIGUES

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/04/1997

DOG ORIGEM  
 NASC.N.28710.FLS.182 LIV.A28  
 CARTORIO SOLÂNEA-PB

CPF 123.581.034-99

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO





## 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





## 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



## 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 cranio-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



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Benilson Trindade Rodrigues</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>casado</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>	Nº DO RG:	<u>318.3675</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>55P/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>09/12/03</u>
Nº DO CPF:	<u>088.964.554-05</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Belizário Remea, nº 43, Centro, Salânea - PB, Cep 58225-000</u>

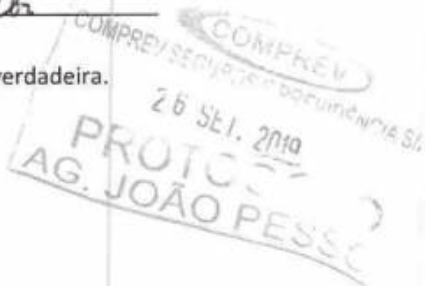
OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO	Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB	DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99	ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Benilson 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.

Salânea - PB, 30 de Agosto de 2019.

Benilson Trindade Rodrigues  
Outorgante

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





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334347/19

**Vítima:** LENILSON TRINDADE RODRIGUES

**CPF:** 088.964.554-05

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/01/2018

**Titular do CPF:** LENILSON TRINDADE RODRIGUES

### 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](http://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

Data da apresentação: 26/09/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14818032

Pag. 01201/01202 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

Pag. 00455/00456 - carta\_31 - INVALIDEZ

00060228



Carta nº 14845933







## 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	Benilson Trindade Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Benilson Trindade Rodrigues	088.964.554-05	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recebeu - X	43	
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua Belizor Pereira	Salvador	BA
Bairro:	CEP:	
Centro	58225000	
E-mail:	Tel. (DDD):	
ccf@adn@gmail.com	83-98849-5530	

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

RENDA MENSAL:

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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)	Nome do BANCO:
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0038	CONTA: 58218
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <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 checked="" type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Salvador - BA, 26/09/2019
	Nome:
	CPF:
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
	Assinatura do Representante Legal (se houver)
	Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª   Nome:
CPF:
Assinatura
2ª   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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.









**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.

COMPREV SEGURANÇA S/A.

26 SET. 2019

PROTOCOLO

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: X Lenilson Trindade Rodrigues



Elaborado por: Vanildo Wanderley Lins Filho, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 23 de dezembro de 2018

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







**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 Demilson Brundade Rodrigues portador de RG sob Nº 3183675 na cidade de Solanês e transferido para o Sl. de Emergência e Trauma donador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa no dia 02 / 12 / 18.

Solânea, 02 / 05 / 19

*[Assinatura]*  
EMPRESA  
COREN-PB 317.166



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data: 02/12/2018 Ocorrência Nº: 2274699 Paciente / Usuário: Benilton Trindade Rodrigues Idade: 38 Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.  
Local da Ocorrência: BASE DO SAMU Bairro: centro Médico Regulador: Honorina

Apóio no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate / PRF ☐ CPTAN ☐ STTRANS ☐ TROTE ☐ Outro:  
DESTINO: Dr. Leonardo Soares de Lima  
LOCAL: H. Trindade JP RESPONSÁVEL: CAROLINA GERAL VIDE CIRQUEIRA Paciente Regulado: ☒ SIM ☐ NÃO

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

**CINEMÁTICA / CAUSA**  
☐ QUEDA <5m ☐ QUEDA >5m ☐ QUEDA PRÓPRIA ALIURA ☐ QUEDA DE MOTO ☒ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO  
☒ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO X MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO  
☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO:  
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: OU DENTRO DO VEÍCULO: AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR. ☐ ESQ.  
☐ AFOGAMENTO GRAU: ☐ QUEIMADURA GRAU: ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAB. ☐ FAF.  
☐ OUTRO:  
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSIVO FÍSICA  
☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA  
☐ ENVENENAMENTO POR:

**EXAME FÍSICO MÉDICO**  
Econtrado: ☐ DECUBITO LATERAL ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO  
EM CIMA DE: OUTRO:  
Nível de Consciência: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒ ALGO DESORIENTADO ☒ HÁBITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO  
INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO:  
Queixa: ☐ DOR / LOCAL: ☐ PARESTESIA / LOCAL: ☐ OUTRA:  
**LESÕES APRESENTADAS:**  
☒ ESCORIAÇÕES / LOCAL: M.I.D. ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:  
☒ CORTE / LOCAL: FRENIL PARIENTAL ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: ☐ CALDEIRA / LOCAL:  
☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: ☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL:  
☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: ☐ EDEMA / LOCAL:  
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: ☐ ENTORSE / LOCAL: ☐ HEMATOMA / LOCAL:  
☐ LUXAÇÃO / LOCAL: ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: ☐ EQUIMOSE / LOCAL:  
☐ OUTRO:

**DADOS VITAIS**  
V.V.A.A. ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: bpm FINAL: bpm / PULSO RADIAL ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE  
FC INICIAL: bpm FC Final: bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW ☐ 8 ☐ 9 PAS (mm Hg): ☐ >90 ☐ <90  
FADIAÇÃO RESPIRATORIO ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFURAÇÃO MMSS ☐ < 2 SEGUNDOS - MMII ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO %

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
Diagnósticos de Enfermagem:  
☐ CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA ☐ RISCO PARA CHOQUE ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA  
☒ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS V.V.A.A. ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ  
☒ CONFUSÃO AGUDA ☐ DISREFLEXIA AUTÔNOMA ☐ PERFURAÇÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ  
☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA ☐ DOR AGUDA ☐ PERFURAÇÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ  
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ TROCA DE GASES PREJUDICADA  
☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA ☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS** 124 120x80 mmHg, HR: 121mg/dL, FC: 82 spO2 100% 100% 92%  
☒ COLAR CERVICAL TAM: M / D ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA ☒ TIRANTES ☒ PRANCHA RÍGIDA ☐ KED ☐ TALAS DE EXTREMIDADES  
☒ A.V.P. COM AMOCATH Nº: 199 ☐ MSE ☒ MSD ☐ SRI ☐ SF 0.9% ☐ ml / MEDICAÇÃO: GLICOSE + COMPLEXO B  
021/min MASCARA COM SERV. ☐ CATETER NASAL ☐ IMOBILIZAÇÃO ☐ MSE ☐ NSD ☐ MIE ☐ MID ☐ MACA A VÁCUO /  
☐ IMOBILIZADOR DE OBJETO IMPALADO ☐ EXTRICAÇÃO ☒ CURATIVO ☒ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: ☐ OLHO E  
☐ OLHO D / ☐ VELPEAU / LOCAL: / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS V.V.A.A. / OUTROS:  
☐ CÂNULA DE GUEDEL Nº: ☐ CATETER NASAL ☐ Umim ☒ MASCARA C/RESERVATÓRIO ☐ min ☐ I. TRAQUEAL Nº: ☐ M. LARÍNGEA Nº:  
☐ V. MECÂNICA ☐ CRICO: ☐ PUNÇÃO ☐ CIRÚRGICA - TORACOCENTESE ☐ E ☐ D DRENAGEM TORÁCICA ☐ E ☐ D PERICARDIOCENTES  
☒ MONITORIZAÇÃO DE C.G. ☐ ETCO - RCP ☐ MANUAL ☐ AUTOPULSE / DESFIBRILAÇÃO ☐ MANUAL ☐ AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS  
☐ FRASCOS EV. FENTANIL ☐ mg ☐ SUCCINILCOLINA ☐ mg ☐ MIDAZOLAN ☐ mg ☐ DIAZEPAN ☐ mg ☐ OUTROS:

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)**  
ENFERMEIRO: Lymarda COREN: 387913 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: D. Barlekin COREN:  
CONDUTOR: Rivaldo SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO): MÉDICO (VISTO):

**RECUSA**  
NOME: RG:  
ASSINATURA: TESTEMUNHA:





MARIA NASARE AVELINO DA SILVA  
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO  
SOLANEA / PB CEP: 58225000 (AQ-44)



Local: MONOFÁSICO  
CND: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - BARRA RENDIA  
Referência: Set / 2019  
Medidor: 00001127406 Emissão: 17/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-250, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600  
CNPJ 08.095.195/0001-40 - Insc. Est. 16.015.02340

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica nº 194.417  
Cód. para Dts. Automática: 00007072792

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	061.767.834-40

UC (Unidade Consumidora): 5/307235-2

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TOSE foi criado pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinaBrasil](http://saude.gov.br/vacinaBrasil)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 16/09/19 Leitura: 13333	Data: 17/09/19 Leitura: 13387	1	54	32

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Ala. Juros (R\$)	Base Calc. Fix (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)	Coef. (R\$)
0801	Consumo até 20kWh-BR	30.000	0.190360	5.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	24.000	0.339540	8.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0801	Adic. B. Vermeia	1.04	0.00	0.00	0.00	1.04	0.00	0.00	0.00
0810	Subsídio	17.56	0.00	0.00	0.00	17.56	0.00	0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	7.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0906	Devolução Subsídio	-18.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CD: Código de Classificação do tom TOTAL 23.52 0.00 0.00 23.52 0.00 0.00  
Tarifa a Tributar Ali 20kWh 0.190360 Ali 100kWh 0.339540

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
60	06/10/2019	R\$ 23,52

Histórico de Consumo (kWh)

60	69	78	88	71	91	70	85	74	57	52	46
Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20

RESERVADO AO FISCO

1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.

Indicadores de Qualidade 7/2019 - BARRA RENDIA

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	5.91	0.00	Serviços de Cte. de Energia PB	4.15	68.69
DI TRIMESTRAL	11.82	0.00	Consumo de Energia	1.71	27.52
DI ANUAL	23.64	0.00	Serviço de Transmissão	0.00	0.00
DI MENSAL	2.32	0.00	Energia Elétrica	0.00	0.00
DI TRIMESTRAL	4.64	0.00	Consumo de Energia	0.00	0.00
DI ANUAL	13.92	0.00	Outros Serviços	0.00	0.00
DI MENSAL	3.45	0.00			
DI TRIMESTRAL	10.35	0.00			
DI ANUAL	31.05	0.00			
DI MENSAL	12.22	0.00			

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a fatura não seja paga até o vencimento, a suspensão do fornecimento poderá ser suspensa a partir de 03/10/2019. Contudo, a suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se todas as parcelas não estiverem em dia, não garante a suspensão do fornecimento. Caso essas faturas não sejam pagas, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até a data do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
Sua unidade foi faturada como BARRA RENDIA, tendo um desconto de R\$ 15,50.  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/19 - Res ANEEL nº 2.398 - At. Tensão - 4,40% Mensal.  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/19 - Res ANEEL nº 2.398 - BARRA RENDIA - 4,23% Mensal.

Faturas em atraso

Ago/19	20,50
Jul/19	22,95

BANCO DO BRASIL - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06301.615172 9 80340000002352

PAGADOR: MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 051.757.834-40  
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA / PB CEP: 58225000

Nosso Nr.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120080301615	000307235201909	06/10/2019	R\$ 23,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.195/0001-40  
B-250, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600

Agência / Código do beneficiário: 3064.3/2447-9



COMPROVANTE DE  
RESIDÊNCIA DA  
VÍTIMA!

COMPRES  
COMPRES SEGURAS E DOCUMENTAÇÃO S/A  
26 SET. 2019  
PROTOCOLO  
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=2011171110493360000035061097>

Número do documento: 2011171110493360000035061097



# CAIXA

A vida pede mais que um banco.



CTC RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM: 08/05/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



90419523



7211307021378224802201863130060519

COMPREV  
23 SET. 2019  
PROTOCOLO  
S. JOAO PESSOA



**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.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Oliveira Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benilson Tardade Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Benilson Tardade 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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Getúlio</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Cent</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.adv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

João Pessoa-PB 26 de setembro de 2019  
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Coutinho  
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

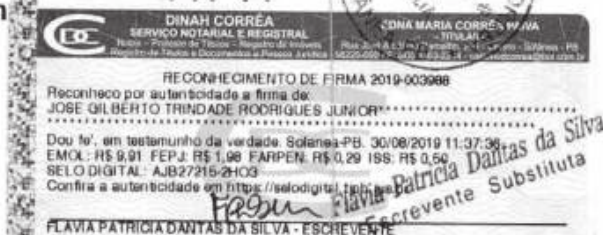
Eu, José Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,  
RG nº 4.273.767, data de expedição 14 / 08 / 14,  
Órgão SSD5/PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,  
com Domicílio na cidade de Salânea, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lício Belarmino da Mota  
centro nº 89, complemento, \_\_\_\_\_, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
Isambon Trindade Rodrigues, cujo o condutor  
era Isambon Trindade Rodrigues.

Veículo.....: motocicleta  
Ano.....: 2016  
Modelo.....: Norda / POP 110I  
Placa.....: QFP 6736/PB  
Chassi.....: 9C2 JB 0100HR 223689  
Data do acidente.: 02/12/2018

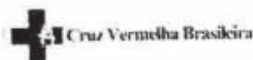
Local e data: Salânea-PB, 30/08/2019

X José 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)







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1126536



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1255929	Nome LENILSON TRINDADE RODRIGUES		Sexo Masculino
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 - IRMÃO(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	
<b>Endereço</b>			
CEP 58225000	Município de residência SOLANEA	UF PB	Logradouro MANOEL GOMES DE ARAUJO
Número 60	Complemento	Bairro BACHIO	
<b>Admissão</b>			
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	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA 120 x 80 mmHg	Pulso 89	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]	
Dados clínicos Paciente ECG, litíase da vesícula, diabetes e hipertensão, submetido a exame de ultrassom, segue sob cuidados da equipe de pronto atendimento.			
Diagnóstico			CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			Tempo 41seg

Imprimir

Dr. Leonardo Soares de Lima  
- CIRURGIA GERAL - 1955-2-14-0-314

02/12/2018 14:15

1 of 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. 12



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	CNS 704601138965326
Mãe <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>	Bairro <b>BACHIO</b>	Município <b>SOLANEA</b>	Prontuário 106840
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO SOARES DE LIMA</b>	UF PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Nº Cons. Regional 2170/PB	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

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

### Conduta

Dr. Leonardo Soares de Lima  
ORURIA-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



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. 13





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
HORA 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 corto-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.

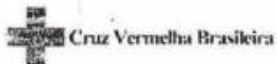
ALTA HOSPITALAR:	03/12/18
DATA DA EMISSÃO:	11/03/19

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







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE <b>1126536</b>	Data/Hora Entrada <b>02/12/2018 14:15:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade <b>38a 10m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704601138965326</b>
Mãe <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991465103</b>
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>		Bairro <b>BACHIO</b>	Município <b>SOLANEA</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/12/2018 14:15:57</b>		Profissional <b>TOMAS CATAO MONTE RASO</b>	
		Data/Hora Prescrição <b>03/12/2018 00:40:39</b>	
<b>Anamnese</b> ##NCIR##  PACIENTE EVOLUI COM QUEIXA DE NAUSEAS, SEM VOMITOS.  BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO SEM DEFICITS VIGIL, CONSCIENTE, OREINTADO  CD: SINTOMATICOS OBS NEUROLOGICA			
<b>MEDICAÇÃO</b> ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA			
<b>Conduta</b> 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://172.16.0.6:8060/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456317&pesquisa=S&perform=im...> 1/1

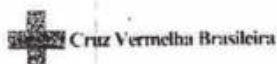


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>

Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 15



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

UTQ

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

Tel:

CNES: 454556

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE <b>1126536</b>	Data/Hora Entrada <b>02/12/2018 14:15:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade <b>38a 10m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704601138965326</b>
Mão <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991465103</b>
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>			Prontuário <b>105840</b>
Bairro <b>BACHIO</b>			UF <b>PB</b>
Município <b>SOLANEA</b>			Nº Cons. Regional <b>5352/PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EMILTON AMARAL SEGUNDO</b>	
Data/Hora Classificação <b>02/12/2018 14:15:57</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/12/2018 00:20:24</b>	

### 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

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

EMILTON AMARAL SEGUNDO  
(CRM: 5352/PB)

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

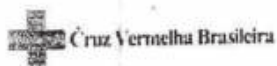


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:10:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097>

Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 16

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE <b>1126536</b>	Data/Hora Entrada <b>02/12/2018 14:15:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade <b>38a 10m</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704601138965326</b>
Mãe <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991465103</b>
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>			Prontuário <b>106840</b>
Bairro <b>BACHIO</b>			UF <b>PB</b>
Município <b>SOLANEA</b>			Nº Cons. Regional <b>4518/PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO</b>	
Data/Hora Classificação <b>02/12/2018 14:15:57</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/12/2018 19:58:58</b>	
<b>Anamnese</b> 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.			
<b>Conduta</b> 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&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=456161&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



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

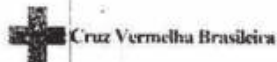
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711104933600000035061097

Número do documento: 20111711104933600000035061097

Num. 36731447 - Pág. 17







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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	Sexo	Masculino	CNS	704601138965326	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	IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	
Data/Hora Classificação	02/12/2018 14:15:57					Data/Hora Prescrição	02/12/2018 18:39:56		
<b>Anamnese</b> PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO PE D HÁ HORAS. HD: FERIMENTO EXTENSO NO DORSO DO PE D CD: SOLICITO TC DO PE D.									
<b>EXAME DE IMAGEM</b> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO									
<b>Conduta</b> 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



02/12/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=456100&amp;pesquisa=S&amp;perform=im...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE <b>1126536</b>	Data/Hora Entrada <b>02/12/2018 14:15:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade <b>38a 10m</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704601138965326</b>
Mae <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991465103</b>
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>	Bairro <b>BACHIO</b>	Município <b>SOLANEA</b>	Prontuário <b>106840</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/12/2018 14:15:57</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/12/2018 18:04:33</b>	Nº Cons. Regional <b>8267/PB</b>
<b>Anamnese</b> <b>## Neurocirurgia ##</b> Avalio paciente vitima de queda de moto, com perda de consciência, sem vômitos. Nega dor cervical. Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal. TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia. TC Coluna Cervical sem afecções neurocirurgica de urgencia. Cd: Oriento sinais de alarme. Alta da neurocirurgia.			
<b>Conduta</b> Em observação			

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

Boletim registrado por: NARNIELE 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=2011171110493360000035061097

Número do documento: 2011171110493360000035061097

Num. 36731447 - Pág. 20





Cruz Vermelha Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 02/12/18 14:42		Usuário: LEONARDO		Boleim: 1126536	
Data Prescrição: 02/12/2018 14:42:53		Nº Prontuário: 106840		Nº 1126536	
Sexo: MASCULINO		Idade: 38a 10m		Validade da Prescrição: 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00	
Nome: LENILSON TRINDADE RODRIGUES		Data de: 02/02/1980		Matrícula: 02/12/2018 14:15:57	
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito		Data de entrada: 02/12/2018 14:15:57		Data da internação: 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00	
Convênio: SUS		Data de entrada: 02/12/2018 14:15:57		Permanência na: 27min	
Permanência no: 27min		Via de: Veloc. Int. Pos		Aprazamento	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	
1 DIETA ZERO		10,0			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)		500,0	ML		
3 CETOPROFENO 100 MG		100,0	MG		
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)		100,0	ML		
4 DIPHRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		2,0	ML		
Diluir em Solução Fisiológica 0.9%		10,0	ML		

Reimpresso por: -  
dia: -

LEONARDO SOARES DE LIMA  
CRM: 2170

Dr. Leonardo Soares de Lima  
CRM: 2170

Donaldo Batista  
CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data:	03/12/18 00:40
Usuário:	TOMAS CATAO
Boletim	1126536



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Data de	02/02/1980	Idade	38a 10m 1d	Sexo	MASCULINO	Nº	1126536	Nº Prontuário	106840	Data Prescrição	03/12/2018 00:40:39
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição	03/12/2018 00:40:00 - 04/12/2018 00:40:00										
Convenio	SUS	Matrícula	Senha										
Data da entrada:	02/12/2018 14:15:57	Data da internação:	Permanência na 10h 25min										
Permanência no													
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximadamente						

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	4.0	ML		E.V.	AGORA	Reimpresso por: dia: 03/12/18
-----------------------------------	-----	----	--	------	-------	-------------------------------

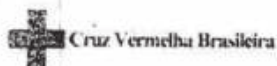
*2) Pleno tempo EV. 100mg.*

TOMAS CATAO MONTE RASO  
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

*05:10*  
*Depto. de*  
*Def. Legal*





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>		BAE <b>1126536</b>	Data/Hora Entrada <b>02/12/2018 14:15:57</b>	Data Baixa <b>2018-12-03 09:50:16.0</b>
Data de nascimento <b>02/02/1980</b>	Idade <b>38a 10m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704601138965326</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991465103</b>
Mãe <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>				Prontuário <b>106840</b>
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>		Bairro <b>BACHIO</b>	Município <b>SOLANEA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>		Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/12/2018 14:15:57</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/12/2018 09:50:20</b>		
<b>Anamnese</b>				
#NCR				
PACIENTE EVOLUI COM MELHORA DOS VOMITOS. JA LIBERADO DAS DEMAIS CLINICAS				
CD. ALTA DA NCR ALTA HOSPITALAR				
<b>Conduta</b>				
Alta médica				
<b>Alta Hospitalar</b>				
Usuário <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>		Data e Hora <b>03/12/2018 09:50:16</b>		
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>		Observações		

Dr. Daniel Ronconi  
Neurologia  
CRM-PB/7423

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)

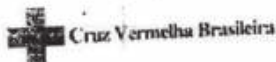
Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





03/12/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>LENILSON TRINDADE RODRIGUES</b>	BAE 1128538	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	CNS 704601138965328
Mãe <b>MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES</b>			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço <b>MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60</b>	Bairro <b>BACHIO</b>	Município <b>SOLANEA</b>	Prontuário 106840
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	UF PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 08:28:36	Nº Cons. Regional 4417/PB

**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, EUPNEICO, 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

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(: 4417/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&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=456528&amp;pesquisa=S&amp;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. 24



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

Atendimento: 201831745671

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

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 intravenoso.

### **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**







**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.

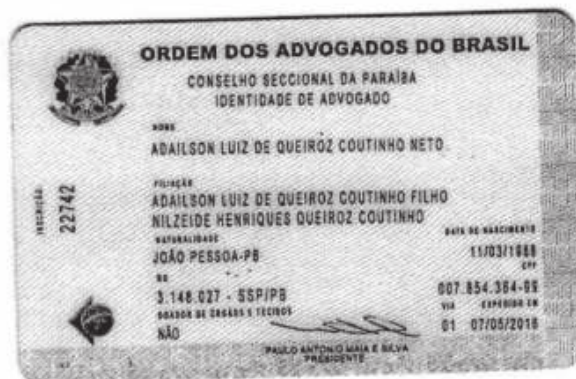
Sugere-se complementar com RM.

*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**





COMPREV  
COMPRESSOR DE DOCUMENTAÇÃO  
22 SET. 2010  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

LETRAN - PB Nº 012824600421  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
DATA 2016140009594-9  
1 0110396411-6 00/0000000 2016

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

12358103489 QFP6736/PB

NOVO PB 9C2JB0100HR223689

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I 2016 2017

2 P/109 /CI PARTIC VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 02/12/2016

\*\*\*\*\* PAGO 02/12/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SOLANEA-PB 16497

05/12/2016 41491

COMPREVEI  
26 SET. 2010  
PROTOCOLO  
DOAO PESSO

**SEGURO LÍDER DE DANOS DESSAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS**  
AUTOMÓVEIS DE VÁ TERREIROS OU POR SÓCARGA APESSOA  
TRANSITO DO SÓCARGA-SEGURO DPVAT

PB Nº 012824600421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

ESTE É O SEL BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSECTURA

12358103489 vats:segurodotransito.co QFP6736/PB  
SAC DPVAT 0800 022 1281

2016 05/12/2016

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

1 12358103489 QFP6736/PB

01103964116 HONDA/POP 110I

2016 9 9C2JB0100HR223689

\*\*\*\*\* SEGURO

PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 08.248.808/0001-04  
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 (DESTRIDAMENTO 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



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
 Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**123.581.034-89**

Nome  
**JOSE GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR**

Nascimento  
**05/04/1997**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAÍBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-062

*Jose Gilberto Trindade Rodrigues Junior*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**66B1.90F4.FCE2.F07C**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:00:36 do dia 05/11/2013 (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.273.767 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2014

NOME JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JÚNIOR

FILIAÇÃO JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES MARINÊS BATISTA RODRIGUES

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/04/1997

DOG ORIGEM  
 NASC. N. 28710 FLS. 182 LIV. A28  
 CARTÓRIO SOLÂNEA-PB

CPF 123.581.034-99

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

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

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 02/12/2018

**Titular do CPF:** LENILSON TRINDADE RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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

Data da apresentação: 26/09/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

