



Número: **0800780-89.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 20.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| ARLINDO MENDES DA SILVA (AUTOR) | maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 37789 870 | 14/12/2020 10:49 | <u>2772194_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025388

Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARLINDO MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15333489

Pag. 00087/00088 - carta_01 - INVALIDEZ



00030044



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200025388 **Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA**

Data do Acidente: 06/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARLINDO MENDES DA SILVA

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 15/08/2019, emitido pelo Dr. ALDENIO AMORIM DE LIMA CRM nº 5815 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00159/00160 - carta_31 - INVALIDEZ



00050080

Carta nº 15399629



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200025388 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ENTERORRAFIA, 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: DOC PÁG. 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12 14 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

545.198.534-00

Arlindo Mender da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: CPF: Número: Complemento:
 Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP:
 Bairro: Cidade: Estado: CEP:
 E-mail: Tel. (DDD):
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Não pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos: Nasceu Vai nascer?

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: 14/07/20

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
 CPF:

Assinatura

2º | Nome:
 CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13400.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13400.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:50 horas do dia 21 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Arlindo Mendes da Silva**, CPF nº 545.198.534-00, nacionalidade brasileira, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Cícero Mendes da Silva, natural de Areia/PB, nascido(a) em 03/10/1956 (63 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Henrique Joaquim dos Santos, Nº 309, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Barraca do Geni, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98872-2956.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Br 230, Km 25, Marés, João Pessoa/PB, bairro Jardim Veneza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (ATROPELAMENTO) PROVOCADO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, CUJA CONDUTORA O NOTICIANTE/VÍTIMA NÃO SABE INFORMAÇÕES, ATÉ PORQUE FICOU DESACORDADO DEVIDO AOS FERIMENTOS, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU(PROTOCOLO 2522075), AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA/PB; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO POR DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID I0160 + S 36.4; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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


CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

João Pessoa/PB, 21 de novembro de 2019.


ARLINDO MENDES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 13400.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

545.198.534-00

Arlindo Mender da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 415/2012

Nome completo: CPF: Número: Complemento:
 Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP:
 Bairro: Cidade: Estado: CEP:
 E-mail: Tel. (DDD):
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> |
| (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 AUSENCIA DE LACUNA NO 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

MORTE

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: 14/07/20

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
CPF:
Assinatura

2º | Nome:
CPF:
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ARLINDO MENDES DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 03/10/56

NOME DA MÃE SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.181.721

Nº PRONTUÁRIO 117.389

DATA DO ATENDIMENTO 06/08/19

HORA DO ATENDIMENTO 21:05

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE D + TRAUMATISMO DO INTESTINO DELGADO

CID 10 I 60 + S 36.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento de pedestre (colisão moto x bicicleta), trazido pelo SAMU, apresentando ferimentos contuso em membro inferior D, edema importante em joelho D, com crepitação à mobilização + ferimento contuso em frente D e escoriações pelo corpo. Relato de uso de bebida alcoólica. Glasgow 14. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC do abdome superior

RX do joelho D - AP e P

RX da perna D - AP e P

RX do pé D - AP e P

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Hemorragia subaracnóide de alta convexidade mais D à TC do crânio. Pneumoperitôneo à TC do abdome e USG. Sem alteração aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico com laparotomia exploradora + enterorrafia pelo Dr. Fernando Ramalho e equipe de Cirurgia Geral. Tratamento conservador da hemorragia cerebral pela equipe da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 16/08/19

DATA DA EMISSÃO: 19/11/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. **OBS:** O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalização de energia elétrica - N° 035.674.652



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 330, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - INSC. EST. 16-018.823-6

DADOS DO CLIENTE
JEANE DOS SANTOS SILVA BARBOSA
RUA HENRIQUE JOAQUIM SANTOS 309
JOAO PESSOA

REFERÊNCIA
DEZ/2019

APRESENTAÇÃO
17/12/2019

CONSUMO

170

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1029554-1

VENCIMENTO
24/12/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 150,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/12/2019

Pagador: JEANE DOS SANTOS SILVA BARBOSA CNPJ/CPF: 037.715.624-81

RUA HENRIQUE JOAQUIM SANTOS 309 - JOAO PAULO II - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Beneficiário: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| 31502440007798696 | 001029554201912 | 24/12/2019 | R\$ 150,33 | 09.095.183/0001-40 |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>

Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 8

LACERDA SANTANA ADVOCACIA
AV DOM PEDRO II 705
CENTRO
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura.

Nº do Cliente: 952796439
Nº da Conta: 101518218
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93
Código para Débito Automático: 101511218 Claro NE (DDD 81) a 89
Razão Social: Claro S/A
CNPJ: Matriz 40.432.544/0001-67
CNPJ: Filial 40.432.544/0061-20

2ª Via de Fatura

| Período de Uso | Vencimento | Total a Pagar |
|----------------------------|------------|---------------|
| de 14/07/2019 a 13/08/2019 | 03/09/2019 | R\$ 1.264,35 |

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais

| | | |
|---|------------|-----------------|
| Oferta Conjunta Claro MIX | R\$ | 1.199,72 |
| Claro Life Ilimitado 500MB | R\$ | - |
| Claro Life Ilimitado 5GB | R\$ | - |
| Aplicativos Digitais | R\$ | - |
| PJ Bônus de Internet Turbo - 5GB | R\$ | 0,00 |
| Pacote Mobilidade | R\$ | 0,00 |
| Pacote Social | R\$ | 0,00 |
| Interurbanas e Rec. em viagem | R\$ | 24,37 |
| Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes | R\$ | 39,22 |
| Parcelamento de Aparelho | R\$ | 3,33 |
| Descontos | R\$ | -2,29 |
| Total do Mês | R\$ | 1.264,35 |

| | | |
|----------------------|------------|-----------------|
| Total a Pagar | R\$ | 1.264,35 |
|----------------------|------------|-----------------|

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNITEC (1% e 0,5% do valor dos serviços) não são repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco:



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

| Cliente | Código Débito Automático | Período de Uso | Total | Vencimento |
|---------------------------|--------------------------|---------------------|--------------|------------|
| LACERDA SANTANA ADVOCACIA | 101518218 | 14/07/19 a 13/08/19 | R\$ 1.264,35 | 03/09/19 |
| | Claro NE DDD 81 a 89 | | | |

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0

Autenticação Mecânica: solicitemos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Alcide Brandão
inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.129.414-102, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Arlindo Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.193.81-00
do sinistro de DPVAT cobertura is validos da Vítima Arlindo Mendes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.193.534-00, 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 Lider-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>Av. Dom Pedro II</u> | Número: | <u>705</u> | Complemento: | | | |
| Bairro: | <u>centro</u> | Cidade: | <u>João Pessoa</u> | Estado: | <u>PB</u> | CEP: | <u>58013-400</u> |
| E-mail: | <u>prudencia@lacerdatasul.com.br</u> | Tel.(DDD): | <u>(83) 3232-0304</u> | | | | |

Local e Data: João Pessoa/PB 14/12/2020

Thiago de Alcide Brandão
Assinatura do Declarante





Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Artroscopia do
menisco da Síndrome
portador do RG _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no
horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID -10 817
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 120
cento e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa,

27/11/19

Artroscopia
Joáellus D

Assinatura e Carimbo do Médico

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado
CID ou por extenso neste atestado médico

Assinatura do Paciente ou Responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

www.clinor.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 11



Para, *Flávia de Souza*

Feliz natal
2019

2019
para 26 de dez

21.11.19

Flávia de Souza
2019



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

[WWW.CLINOR.COM.BR](http://www.clinor.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 12



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Desp. Belka |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 01/01/1956 | 63a 7m 6d | Masculino | (83) 00000000 |
| Mãe | | | Prontuário |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Professional | Nº Consulta-Pol. na |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | DEBORAH NOBREGA DE FARIAS | 11815/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 05/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 01:42:11 | |

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE REALIZOU TC DE ABDOME, SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE, SEM ALTERAÇÕES PATHOLOGICAS VISIVEIS. CD: MANTER EM OBSERVAÇÃO

Conduta

Em observação

Deborah Nobreg
Médica
CRM 11815

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21

PA = 180 x 80 (06-05-15)

SBT + glal + Nervos



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Saída |
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 01/01/1966 | 63a 7m 6d | Masculino | (83) 00000000 |
| Mae | | | Prontuário |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | DEBORAH NOBREGA DE FARIAS | 11815/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 00:58:57 | |

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE CONTINUA REFERINDO DOR ABDOMINAL FASE NORMAL (SIC- AINDA NAO SAIU NO SISTEMA). SOLICITO TC ABDOMINAL MANTER EM OBSERVAÇÃO

MEDICAÇÃO

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: E INFERIOR)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Deborah Nobrega
Médica
CRM 11815

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Saída |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | |
| 01/01/1956 | 63a 7m 6d | Masculino | CNS |
| Mãe: | | | |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | UF |
| Acidente | Motivo | Profissional | PB |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | DEBORAH NOBREGA DE FARIAS | Nº CRM-PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | 11815/PB |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 06/08/2019 23:00:12 | |

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE EVOLUIU COM DOR ABDOMINAL AO EXAME, DEFESA INVOLUNTARIA SOLICITO FAST AGUARDE AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA PODER REALIZAR SUTURA APÓS.

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Deborah Nobrega
CRM: 11815
06/08/2019

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data/hora |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento: | Idade: | Sexo: | |
| 01/01/1956 | 63a.7m 6d. | Masculino | |
| Mãe | | | |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço: | Bairro: | Município: | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente: | Motivo: | Profissão: | NP Cons. Regional |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | DEBORAH NOBREGA DE FARIAS | 11815/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Próssigra | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 06/08/2019 21:18:47 | |

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO DE PEDESTRES, SENDO ELE O MOTOCICLISTA. REFERE DOR EM MID, NEGA USO DE CAPACETE, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, COMORBIDADES OU ALÉRGIAS. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, VÍZ. AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO, TÓRAX SEM ALTERAÇÕES, MV+AH SEM RA. C: NORMOCAPNIQUE, NORMOTENSO, ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 14, EBRIC. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM MID E EDEMA IMPIOR EM JOELHO DIREITO, COM CREPTAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, FERIMENTO CORTOCONTUSO EM FRONTE À DIREITA DO CRÂNIO, RX DE MID, JOELHO DIREITO E PÉ DIREITO 2. SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR, BMF E DA ORTOPEDIA 3. EUTERAP. ATÉ AVALIAÇÕES

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação


Déborah Nobrega
Médica
CRM-11815

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21





| | | | |
|---|---|--|---|
| Nome ARLINDO MENDES DA SILVA | Boletim de Atendimento 1181721 | Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data/Hora Saída |
| Data de nascimento 03/10/1956 | Idade 62 | Sexo Masculino | CNS 160634171690018 |
| Tempo de Internação 7d 18h 51min | | Convênio SUS | Plantão DIURNO |
| Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data Internação 07/08/2019 13:58:03 | Permanência na Unidade: 8d 11h 44min | Permanência no Leito: 5d 2h 42min |

Evolução médica (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 15/08/2019 08:49:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

08°DPO - LE+ ENTERORRÁFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO

CONDUTA: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5015

ALDENIO AMORIM DE LIMA
DENTAL CIR. MUSCULAR
C.R. 5015





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 27786-06 - Tel: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 10/08/2019 09:34:46

| Nome ARLINDO MENDES DA SILVA | | Boleto de Atendimento 1181721 | Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data/Hora Saída |
|---|---|--|---|-----------------------------|
| Data de nascimento 03/10/1956 | Idade 62 | Sexo Masculino | CNS 1806341716900018 | Prontuário 117369 |
| Tempo de Internação 2d 19h 36min | | Convênio SUS | Plantão DIURNO | |
| Date de Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Date Internação 07/08/2019 13:58:03 | Permanência na Unidade: 3d 12h 29min | Permanência no Leito: 3h 27min | |

Evolução médica (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 10/08/2019 09:34:46)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#3ºDPO - LE+ ENTERORRÁFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.
CONDUTA: VPM.

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 3015





| Nome ARLINDO MENDES DA SILVA | | Bolema de Atendimento 1181721 | Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data/Hora Saida |
|--|--|---|--|-------------------|
| Data de nascimento 03/10/1956 | Idade 62 | Sexo Masculino | CNS 180634171690018 | Período 117389 |
| Tempo de Internação 1d 19h 34min | Convênio SUS | | Plantão DIURNO | |
| Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data Internação 07/08/2019 13:58:03 | Permanência na Unidade: 2d 12h 27min | Permanência no Leito: 1d 19h 34min | |

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 09/08/2019 09:32:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#2ºDPO - LE+ ENTERORRÁFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)
PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.
CONDUTA: VPM.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 001
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 3615





AV. ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 08/08/2019 09:48:19

| Nome ARLINDO MENDES DA SILVA | | Boletim de Atendimento 1181721 | Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data/Hora Saída |
|---|---|--|---|---|
| Data de nascimento 03/10/1956 | Idade 62 | Sexo Masculino | CNS 160634171690018 | Prontuário 117389 |
| Tempo de Internação 19h 50min | | Convênio SUS | | Plantão DIURNO |
| Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data Internação 07/08/2019 13:58:03 | Permanência na Unidade: 1d 12h 43min | | Permanência no Leito: 19h 50min |

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 08/08/2019 09:48:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#1ºDPO - LE+ ENTERORRÁFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS. SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.

CONDUTA: VPM.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 001
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815



| | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------|
| Nome ARLINDO MENDES DA SILVA | | Boletim de Atendimento 1181721 | Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data/Hora Sairia |
| Data de nascimento 03/10/1956 | Idade 62 | Sexo Masculino | CNS 160634171690018 | Prontuário 117389 |
| Tempo de Internação 7d 23h 56min | | Convênio SUS | | Plantão DIURNO |
| Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45 | Data Internação 07/08/2019 13:58:03 | Permanência na Unidade: 8d 16h 43min | Permanência no Leito: 5d 7h 47min | |

EVOLUÇÃO: DESCREVER CARACTERÍSTICA DA LESÃO (ATENÇÃO) , REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10) , REALIZAR MUDANÇA 2/2H (8,10,12,14,16,18,20,22,24,2,4,6) , INFORMAR O PACIENTE SOBRE OS PROCEDIMENTOS ANTES DE EFETUÁ-LOS (CIENTE)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO) , REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO) , REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ALCOOL 70% , MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO) , OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES (ATENÇÃO)

Seção: **POSTO IA - ENF 5** Leito: **LEITO - 002**
Profissional responsável pela informação: **ELISABETH DE SOUZA CORREIA**

Número Conselho: **59671**

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (ELISABETH DE SOUZA CORREIA - 15/08/2019 13:54:20)

AVALIAÇÃO INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

DIAGNÓSTICO: DOR

REGULAÇÃO TÉRMICA

DIAGNÓSTICO: RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

NUTRICIONAL

DIAGNÓSTICO: NUTRIÇÃO SATISFATÓRIA

INTEGRIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

ATIVIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: ATIVIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Seção: **POSTO IA - ENF 5** Leito: **LEITO - 002**
Profissional responsável pela informação: **ELISABETH DE SOUZA CORREIA**

Número Conselho: **59671**



RELATÓRIO DE CIRURGIA

D
TETSH

Nome: Arlindo Mendes da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: _____
 Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CAPAROTOMIA E-PLAQUERA + ENTERORRÁFIA
 Cirurgião: FERNANDO RAIMUNDO 1º Assistente: ISABELLE
 2º Assistente: Ronaldo Benedito 3º Assistente:
 Instrumentador: Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Gen Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---------------------------------|-----|
| <u>TRAUMA ABDOMINAL FECHADO</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|-------------------------------|--------|
| <u>CAPAROTOMIA E-PLAQUERA</u> | |
| <u>ENTERORRÁFIA</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: _____


 Dr. Fernando Raimundo
 Cirurgia Geral e Ortopédica
 Cirurgia Aplicada à Ortopédica
 Cirurgia Endoscópica
 Cirurgia da Corte

João Pessoa, 01/08/19

P(NG) ASC 10.000



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Parte no RHM situa-se tencorel

Incisão:

- Incisão no Sítio sobre a perfurada
- R

Achados:

Achado: Ruptura de alça de fêmur
de 1,5 cm do auge do triz.

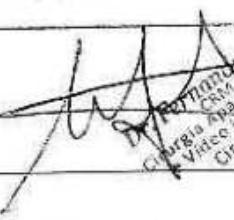
Conduta:

- Ruptura de alça de fêmur com extensão de 1,5 cm no auge do triz. A alça de fêmur é plena.
- Ligação evolutiva de cura dura
- Revisão de cura de ferida.
- Contato de cura de ferida
- Checagem.

Fechamento:

- Sítio de ferida por fêmur
- curtos
- curtos

Observação:


Suelio Moreira Torres
CRM 100941
Cirurgião-Dentista
Vídeo Laparoscópico
Cirurgia Bélica

João Pessoa, 07/08/19

Médico/CRM:

EONG/ASCIR/00941





Documento de Alta

| | | | |
|--|---------------------------|---|--|
| Nome: ARLINDO MENDES DA SILVA | Número: 117389 | | |
| Data de Nascimento: 03/10/1956 | Sexo: Masculino | Data de Internação: 07/08/2019 13:58:03 | Data de A. 16/08/2019 08:14:36 |
| Motivo da alta: ALTA MEDICA | | | |
| Conduta: conduta=PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO X BICICLETA COM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO | | | |
| Resumo da Internação: resumoInternacao=REALIZADO LE COM ENTERORRÁFIAS | | | |
| Resultado de Exames: resultadoExames= | | | |
| Tratamento: tratamento=SUPRACITADOS | | | |
| Diagnóstico: T14.9 - Traumatismo não especificado | | | |
| Recomendações: recomendacoes=DIETA PASTOSA POR 03 DIAS | | | |

Data: 16/08/2019

Dr. Carlos Magalhães França
CRM: 3792 - PB



| | | | | | |
|---|--|--|------|------------|--|
|  | GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA | | | | |
| CIRURGIA GERAL | | | | | |
| NOME | ARLINDO MENDES DA SILVA | | | | |
| | LEITO | | DATA | 16/08/2019 | |

ATESTO QUE ARLINDO MENDES DA SILVA
 FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
 07/08/2019 A 16/08/2019
 E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
 POR 60 DIAS. CID-T 14.9

| | | |
|---|------------------------------|--|
|  | CARLOS FRANÇA 3792 | |
|---|------------------------------|--|



| | | | | |
|---|-------------------------|-------|--|------------------|
|  <p> GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA </p> | | | | |
| NOME | ARLINDO MENDES DA SILVA | | | |
| ENF. | | LEITO | | DATA 16/08/19 |

LISADOR

01cxs

Tomar 1 cp 8/8h, EM CASO DE DOR.

CIPROFLOXACINO 500mg 20CP 01ex
 TOMAR 01 CP VO 12/12h, 10 dias.

OBS.: REPOUSO PRIORITÁRIO DURANTE 09 DIAS (NÃO FAZER ATIVIDADES COM ESFORÇO FÍSICO)

| | | | |
|--|-----------------------|--|--|
| | CARLOS FRANCA 3792 | | |
|--|-----------------------|--|--|





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| Data 21/08/1999 | ID da Ocorrência 20000000035 | <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe 11 | Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite | Horas de Saída da Base 22:00 | Horas de Chegada 05:00 | |
| Paciente / Usuário | | | | | Idade 35 | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem | |
| Local de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa | | | <input type="checkbox"/> Santa Rita | <input type="checkbox"/> Bayeux | <input type="checkbox"/> Cabedelo | <input type="checkbox"/> Conde | <input type="checkbox"/> Outro |
| Logradouro Av. 230 | | | | Bairro Centro | Município / Prefeitura João Pessoa | | |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input checked="" type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três | | | | | | | |
| Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input checked="" type="checkbox"/> BRTTRAN <input type="checkbox"/> Outro | | | | | | | |
| GTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Tercelhos <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro | | | | | | | |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Clínico no Local <input type="checkbox"/> Clínico Durante a noite | | | | | | | |
| Destino (Unidade Hospitalar) | | | | Responsável e Função (Assinatura e Clique) | | | |

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável: Enseada (Assistente de Enfermagem)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA |
| Motivo: | Hospital de Origem: _____ | | |
| > CAUSAS EXTERNAS | | | Responsável: _____ |
| <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <i>r c e f s</i> <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | Hospital de Destino: _____ |
| <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.S. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soberamento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | Responsável: _____ |
| ANTECEDENTES | | | |
| <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infarto-macrogêse <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamento Anterior <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos | | | |
| Quais? _____ | | | |

1. DADOS VITAIS

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, DUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA AVA/DOSE MÉDICA

| | |
|--|---|
| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: | |
| Diagnósticos da Enfermagem: | Problemas de nutrição, hidratação e eliminação. |
| Intervenções: | Monitoramento e ajuste de medicação. |
| Evolução do Enfermeiro: | Monitoramento contínuo da evolução do paciente. |
| ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA | |





Identificação do paciente

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|---|
| ID 1427811 | Nome ARLINDO MENDES DA SILVA | Sexo Masculino | |
| Data de nascimento 01/01/1986 | Idade 83 anos 7 meses 5 dias | Estado civil | Religião |
| Mãe SEVERINA DA CONCEIÇÃO | | | PA NÃO IDENTIFICADO |
| Escolaridade | | | Responsável (parente) O MESMO - O MÉRMO(A) |
| DDD Celular 83 | Celular 00000000 | DDD | Relação |
| Tipo documentação | Número documento | Nº Cns | |
| Local de procedência OTTIZEIRO | | Tipo | LE PB |
| Email | Naturalidade JOÃO PESSOA | CBO/R | |

Endereço

| | | | |
|----------------|--|----------|-----------------------------|
| CEP 5081166 | Município da residência JOÃO PESSOA | UF PB | Logradouro COSTA E SILVA |
| Número 2 | Complemento | | Bairro COSTA E SILVA |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Data e Hora 06/08/2019 21:05:45 | Número da polícia 1000007276230 | Centro de Saúde SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | Clinica |
| Classificação de risco | | Objeto do paciente RUA |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA | Caráter do acidente MOTO X BICICLETA |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veículo de ambulância Não | Trauma Não |
| Modo de transporte SAMU | | Quem transportou | |

Sinais Vitais

| | | | | | | |
|-----------------------|------------|-----------|-------------|------------|---------|---------------------|
| PA X | mmHg | P脉 | Temperatura | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| io X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |

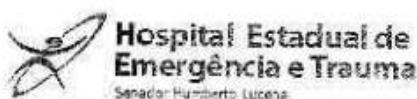
06/08/19 Paciente droga do pulso 50mm deitado neste setor vitimizado coluna moto x bicicleta no momento concomente e orientado, utata rejeitado de hérnia de cocôcio, encaminhado ao CDT.

Diagnóstico

| | | |
|--|--|----------------------|
| Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA | Erica da Bianco COREN/PB 124615-EMF | CID |
| | | Tempo 03min 36seg |

Imprimir





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data-Presc. |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | |
| 01/01/1956 | 63a 7m Ed. | Masculino | |
| Mãe | | | |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | N. Cont. Regist. |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS | 6028/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 13:55:08 | |

ANAMNESE

« POLITHAUMATIZADO COM TCE HÁ 1 DIA. # POI LAPAROTOMIA. EVOLUINDO COM CONFUSÃO MENTAL. NO MOMENTO: CONJUNTO DE PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO (06/08): Focos de heterotopia subaracnóidea na alta convexidade bilateralmente, notadamente à direita. Calcificações ateromatosas nas artérias carótidas internas e basilar. Não há desvios das estruturas que compõem a linha média. Não há sinais de coleções extra-axiais. Calota craniana sem alterações. Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações. Sinais de redução volumétrica encefálica, caracterizadas por acentuação dos sulcos, fissuras e cistemas, bem como por alargamento dos ventrículos supratentoriais. Áreas de attenuação reduzida de substância branca periventricular e nos centros semiovais, podendo estar relacionados à mielangiopatia. CD: SOL, TC DE CRÂNIO: N/A. CONTROLE: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Conduta

Em observação



ARLINDO MENDES DA SILVA

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21





CENTRO CIRÚRGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, JOÃO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Base |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 01/01/1956 | 63a Tm 6d | Masculino | (83) 00000000 |
| 156 | | | Prontuário |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOÃO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Profissional |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | FERNANDO RAMALHO DINIZ | 2797/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 11:28:22 | |

ANAMNESE

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HÁ MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA, REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO. CD LAPAROTOMIA EXPLORADORA PACIENTE SUSPETICO, LAPAROTOMIA EXPLORADORA + ENTERORRÁFIA SOB ANESTESIA GERAL. TRANS-OPERATORIO SEM ANORMALIDADES. POSOPERATORIO IMEDIATO ENCAMINHO PARA URPA SOB OS CUIDADOS DO ANESTESIOLOGISTA.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA 0,0 (MGTSIM)
SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., CONTINUA 0,0 (MGTSIM)
CEFTRIAXONA 1000MG INTRAVENOSA, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V. 12/12H, POR 10 DIA(S)
METRONIDAZOL 500MG/ 100ML BOLSA, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, POR 10 DIA(S)
CIPRIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V. 6/6H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), DILUIR 10,0 ML

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

RAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 100 ML DE SF 9%)

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

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

Fernando Ramalho
e Pronto Socorro
Centro Cirúrgico

Boleto foi registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21





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

CIRURGIA GERAL

| | | | |
|------|-------------------------|------|------------|
| NOME | ARLINDO MENDES DA SILVA | | |
| | LEITO | DATA | 16/08/2019 |

ATESTO QUE ARLINDO MENDES DA SILVA
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
07/08/2019 A 16/08/2019
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 60 DIAS. CID-T 14.9

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | CARLOS FRANCA 3792 | |
|--|-----------------------|--|





CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Sair |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/05/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 01/01/1956 | 63a 7m 6d | Masculino | (83) 0000000000 |
| Mae | | | Prontuário |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Barrio | Municipio | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cade. Recup. |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | FERNANDO RAMALHO DINIZ | 2797/PB |
| Data/Hora Classificação | | Date/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 11:15:32 | |

ANAMNESE

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEICULO AUTOMOTIVO HÁ MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA, REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO. COLAPAROTOMIA EXPLORADORA PACIENTE SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ENTERORRÁFIA SOB ANESTESIA GERAL. TRANS OPERATORIO SEM ANORMALIDADES. PÓS OPERATORIO IMEDIATO ENCAMINHO PARA URPA SOB OS CUIDADOS DO ANESTESIOLOGISTA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

FERNANDO RAMALHO DINIZ

2797/PB

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>

Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 33

REA VERMELHA

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

tel:

CNES: 6121221

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|---------------------|
| paciente: | ARLINDO MENDES DA SILVA | BAE | Data/Hora Entrada | Data Saída |
| data de nascimento | 10/11/1956 | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| idade | 53a 7m 6d | Sexo | CNS | Telefone de Contato |
| | | Masculino | | (83) 00000000 |
| | | | | Prontuário |
| VERINA DA CONCEICAO | | | | |
| Endereço: | ESTA E SILVA, 462 | Bairro: | JOAO PESSOA | UF |
| Identificação: | MOTO X BICICLETA | Motivo: | BENEDITO B RIBEIRO | PB |
| Data/Hora Classificação: | 06/08/2019 21:05:45 | | Data/Hora Prescrição: | Nº Cons. Regional: |
| | | | 07/08/2019 09:29:23 | 11820/PB |

AMNESE

OTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HA MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA, REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO, CD LAPAROTOMIA EXPLORADORA

EXAME LABORATORIAL

- MÓGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)
- JPO SANGUÍNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)

SANGUE E DERIVADOS

COLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Conduta

Internar Paciente

Dr. Benedito Ribeiro
CRM-PB: 11820

Medico
CRM-PB: 11820
BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Este ato foi registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | CNS | Telefone de Contato |
| 31/01/1958 | 63a 7m 6d | Masculino | (83) 00000000 |
| Vôe | | | Prontuário |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Profissional |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | BENEDITO B RIBEIRO | 11820/PB |
| Date/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 09:16:30 | |

ANAMNESE

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEICULO AUTOMOTIVO HA MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL. INTEGRAÇÃO REALIZADO TO DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO. COLAPAROTOMIA EXPLORADORA.

Conduta

Internar Paciente

ARLINDO MENDES DA SILVA

Benedito Benedito Ribeiro
CRM-PB 11820
CRM 898 C/23 5598 5206
BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:05:21





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

| Paciente | BAF | Data/Hora Entrada | Descrição |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | |
| 01/01/1956 | 63a 7m 6d | Masculino | CNS |
| Mãe | | | |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU | 3777/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 08:30:25 | |

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA ANTERIOR, NEGA DESMAIO, ALEGA VOMITO, NEGA DOENÇAS DE SINTOMAS ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS. (SIC). NO MOMENTO EM EGR, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, SEM SANGRAMENTO ATIVO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, ASSIM COMO OS MOVIMENTOS MANDIBULARES. CONTORNOS OSSEOS FACIAIS MANTIDOS. SEM SINAIS CLÍNICOS E TOMOGRAFICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1 AVALIAÇÃO BMF 2 ORIENTAÇÕES 3 ALTA BMF

Conduta

Em observação

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
Cirurgia e Traumatologia
Busto-Maxilo-Facial
CRF-PB 1777

ARLINDO MENDES DA SILVA

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(3777/PB)

Relatório registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Saida |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------|
| ARLINDO MENDES DA SILVA | 1181721 | 06/08/2019 21:05:45 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 01/01/1956 | 63a 7m 6d | Masculino | (83) 00000000 |
| Mae | | | Prontuário |
| SEVERINA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Municipio | UF |
| COSTA E SILVA, 462 | COSTA E SILVA | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo: | Profissional | Nº Cnes: 6121221 |
| MOTO X BICICLETA | ACIDENTE DE BICICLETA | MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA | 6018/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 06/08/2019 21:05:45 | | 07/08/2019 09:10:14 | |

ANAMNESE

ACIDENTE CICLISTICO ONTEM A NOITE. REFERE DOR ABDOMINAL. AO EXAME: GLASGOW 15. SEM DEFÍCIT MOTOR. APENAS LIGERAMENTE SIGNIFICATIVO, ESCORIAÇÕES NA FACE. FCC SUTURADO NO PE D. BLUMBERG. ELETRÔNICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME: PNEUMOPERITÔNIO COM LÍQUIDO NA CAVIDADE. TC DE CRANIO: HSA-T CO: LIBERADO PARA LAPAROTOMIA CO: LIGADURAL+ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM NEUROCIRURGIA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

[6018/PB]

Toletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21





AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente
ARLINDO MENDES DA SILVA

Data de nascimento:
01/01/1956

Mãe:

SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço:
COSTA E SILVA, 462

Acidente:
MOTO X BICICLETA

Data/Hora Classificação:
06/08/2019 21:05:45

Idade:
63a 7m 6d

Motivo:
ACIDENTE DE BICICLETA

BAE
1181721

Sexo:
Masculino

Bairro:
COSTA E SILVA

Data/Hora Entrada:
06/08/2019 21:05:45

CNS:

Município:
JOAO PESSOA

Profissional:
JANSEN HENRIQUES CEZARINO

Data/Hora Prescrição:
07/08/2019 08:24:21

ANAMNESE

Ortopedia paciente vítima de acidente bicicleta x moto, apresentando dor no corpo, ao exame: osq, com escoriações no corpo, dor, adm ok, neuro com presença de urinose, cd. alta da ortopedia - aos cuidados das demais especialidades, orientações gerais.

Conduta

Em observação

Dr. J.P.
OR

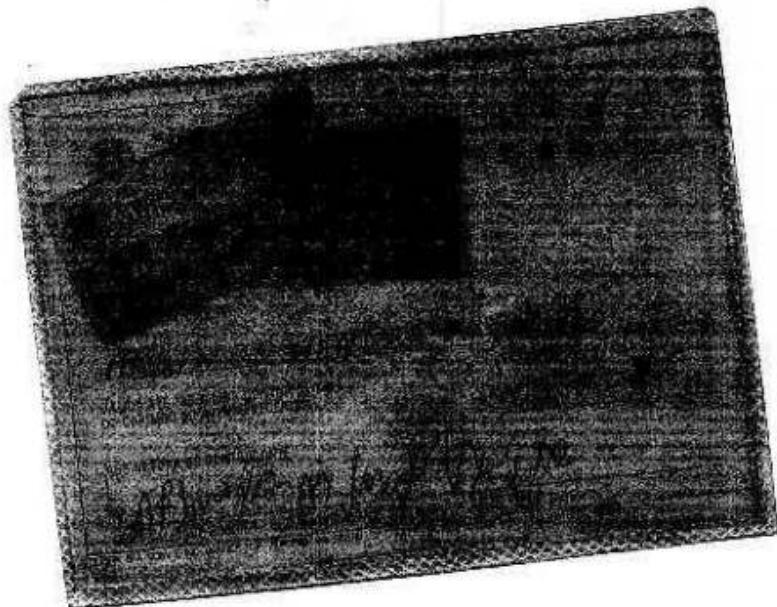
JANSEN

ARLINDO MENDES DA SILVA

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012141049264460000036048842>
Número do documento: 2012141049264460000036048842

Num. 37789870 - Pág. 41



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

*Arlindo Mendes da Silva, brasileiro, solteiro, casado, com endereço de residência no endereço nº R 0642 859 - CEP 545.198.534-00, residente e domiciliado no bairro
Jardim Japão, nº 300, João Pessoa.*

OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAIRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018, DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição suplementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estílo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto á todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNÍCIPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNÍCIPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFBEN, HISMED, FICHA FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB
CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Aloisio Moreira

OUTORGANTE

CARLOS ULYSSES

SUFRÉGIO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO E REGISTRO DE TITULOS E DOCUMENTOS

Av. Edilberto Pessina, 100 - Centro - João Pessoa - PB - 58013-420

Fone: (83) 3222-2200 - Email: administrador@tjpb.jus.br

Site: <http://tjpb.jus.br>

CEP: 58013-420 - CNPJ: 11.322.239/0001-00

Site: selodigital.tjpb.jus.br

Site: <http://tjpb.jus.br>

Site: <a href="http://tjpb.j

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021702/20

Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA

CPF: 545.198.534-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: ARLINDO MENDES DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

ARLINDO MENDES DA SILVA : 545.198.534-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/12/2020 10:49:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121410492644600000036048842>
Número do documento: 20121410492644600000036048842

Num. 37789870 - Pág. 43