



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	<a href="#">2772194_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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, 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, 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,

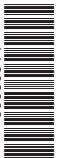
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15383489

Pag. 00087/00088 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030044





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, 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



## 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 EVIDENCIA 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





## 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

Arinaldo Mendes da Silva

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

Nome completo:

CPF:

Arinaldo Mendes da Silva

545.198.534-00

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Correio

Rua Henrique Joaquin Santos

309

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

João Paulo II

João Pessoa

PB

58000-000

(83) 3230-0304

E-mail:

Tel. (DDD):

prenderem@locauto.com.br

(83) 3230-0304

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

RENTA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 - INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036

CONTA: 98464

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE VÍCIO DO IML - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO 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. 39, §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 BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grav 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 nascer(a) (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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa/PB 14/10/20

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

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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 íntegra: 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 **Arildo Mendes da Silva**, CPF nº 545.198.534-00, nacionalidade brasileira, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Cicero 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) Fatos:**

Local: Br 230, Km 25, Marês, 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 EMITE LAUDO MÉDICO, ASSINADO POR DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 I 60 + 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 fê.

CARTÓRIO  
CARLOS ULYSSES

João Pessoa/PB, 21 de novembro de 2019.

*Arildo Mendes da Silva*  
**ARILDO MENDES DA SILVA**  
Noticiante



SERVIÇO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO E REGISTRO IMOBILIÁRIO DA ZONA SUL  
Av. Epitácio Pessoa, 1189 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 54030-000  
Fone: (83) 3222-2288 - E-mail: atendimento@cartorio.ulysses.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de  
**ARILDO MENDES DA SILVA** conforme autógrafo  
arquivado 64819, Dou fê  
João Pessoa-PB, 26/11/2019. Josivaldo Joaquim de Santana -  
Escrevente

AJG91517-767U, consulte em  
//selodigital.tjpb.jus.br

Procedimento Policial: 13400.01.2019.1.00.401







## 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

Arinaldo Mendes da Silva

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

Nome completo:

CPF:

Arinaldo Mendes da Silva

545.198.534-00

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Correio

Rua Henrique Joaquin Santos

309

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

João Paulo II

João Pessoa

PB

58000-000

(83) 3230-0304

E-mail: premdenovo@locauto.com.br

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 - INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

98464

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE VÍCIO DO IML - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO 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. 39, §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 BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu 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

Vítima deixou

☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

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

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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 SUBARACNOÍDE 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 corto-contusos em membro inferior D, edema importante em joelho D, com crepitação à mobilização + ferimento corto-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. Pneumoperitônio 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 taxa fiscal/conta de energia elétrica - N° 035.674.652



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.018.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEANE DOS SANTOS SILVA BARBOSA  
RUA HENRIQUE JOAQUIM SANTOS 309  
JOAO PESSOA

## CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1029554-1

## REFERENCIA

DEZ/2019

## APRESENTAÇÃO

17/12/2019

## CONSUMO

170

## VENCIMENTO

24/12/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 150,33

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007798696	001029554201912	24/12/2019	R\$ 150,33	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



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](http://www.claro.com.br/empresas)  
Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br) e acesse o detalhamento da sua fatura.

Nº do Cliente: 952795439  
Nº da Conta: 101518218  
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93  
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.514/0001-67  
CNPJ Filial: 40.432.514/0064-20

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			-
Claro Life Ilimitado 5GB			-
Aplicativos Digitais			-
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
<b>Total do Mês</b>		<b>R\$</b>	<b>1.264,35</b>

<b>Total a Pagar</b>	<b>R\$</b>	<b>1.264,35</b>
----------------------	------------	-----------------

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 FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento na 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				

8480000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica solicitamos 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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Araujo Brandão  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.139.414 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Abelino Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.193.534 / 00  
do sinistro de DPVAT cobertura inculpada da Vítima Abelino 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 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>Av. Dom Pedro II</u>	Número: <u>705</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>previdenciario@locadosantana.com.br</u>	CEP: <u>58013-400</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 3332-0304</u>

Local e Data: João Pessoa/PB 14/07/2020

Thiago de Araujo Brandão  
Assinatura do Declarante





**CLINOR**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Artur da Silva  
portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à consulta médica nesta data, no  
horário das \_\_\_\_\_ horas, sendo portador da afecção CID -10 M17

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 20  
cento e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 27.11.19

Artur da Silva  
João da Silva 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. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR





ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Perna, Articulacao anca*

*Felipe  
20 mg  
1 comprimido 12/12 hrs  
por 36 dias*

*21.11.19*

*[Signature]*  
Dr. Suelio Moreira Torres  
Ortopedista

*829*



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

WWW.CLINOR.COM.BR





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	BAE 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Saída
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63a 7m 6d	Sexo Masculino	Telefone do Consultório (83) 00000000
Mãe <b>SEVERINA DA CONCEICAO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>COSTA E SILVA, 462</b>	Bairro <b>COSTA E SILVA</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>DEBORAH NOBREGA DE FARIAS</b>	Nº Consultoria 11815/PB
Data/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição 07/08/2019 01:42:11	

## ANAMNESE

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

## 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

PA = 180 x 80 (06-05-45)

out + ghal + Neelro + F...







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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE**

*o trabalho*

**ÁREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	BAE 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Saída
Data de nascimento 01/01/1955	Idade 63a 7m 6d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>SEVERINA DA CONCEICAO</b>			Telefone do Consult (83) 960090000
Endereço <b>COSTA E SILVA, 462</b>	Bairro <b>COSTA E SILVA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>MOTO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>DEBORAH NOBREGA DE FARIAS</b>	UF PB
Data/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição 07/08/2019 00:58:57	Nº Cons. Regional 11815/PB

**ANAMNESE**

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE CONTINUA REFERINDO DOR ABDOMINAL FAST 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, Q.O (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



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



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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	BAE <b>1181721</b>	Data/Hora Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>01/01/1956</b>	Idade <b>63a 7m 5d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 000000000</b>
Mãe <b>SEVERINA DA CONCEICAO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>COSTA E SILVA, 462</b>	Bairro <b>COSTA E SILVA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>DEBORAH NOBREGA DE FARIAS</b>	Nº Criação Regional <b>11815/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/08/2019 21:05:45</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/08/2019 23:00:12</b>	

**ANAMNESE**

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE EVOLUIU COM DOR ABDOMINAL AO EXAME. DEFESA INVOLUNTARIA SOLICITO FAST AGUARDO 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  
Medica  
CRM 11815*

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS  
(CRM: 11815/PB)

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





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE**

*o trabalho*

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	SAE	Data/Hora Entrada	Data saída
<b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	<b>1181721</b>	<b>06/08/2019 21:05:45</b>	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone do Contato
<b>01/01/1956</b>	<b>63a 7m 6d</b>	<b>Masculino</b>	<b>(83) 00000000</b>
Mãe			Prontuário
<b>SEVERINA DA CONCEICAO</b>			
Endereço	Bairro	Município	UF
<b>COSTA E SILVA, 462</b>	<b>COSTA E SILVA</b>	<b>JOAO PESSOA</b>	<b>PB</b>
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>MOTO X BICICLETA</b>	<b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	<b>DEBORAH NOBREGA DE FARIAS</b>	<b>11815/PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
<b>06/08/2019 21:05:45</b>		<b>06/08/2019 21:18:47</b>	

**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 ALERGIAS. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VÍAS AÉREAS PERVIAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 14, EBRIO. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM MID E EDEMA IMPROPRIO EM JOELHO DIREITO, COM CREPITAÇÃO 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 ORTOPEDIAS. SUTURAS E AVALIAÇÕES.

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA  
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)  
RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO

**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





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Sensível à Humanidade

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNS: 2778696 - Tel.: 8322165700



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

Impresso por: ALDENIO  
AMORIM DE LIMA  
Em: 15/08/2019 08:49:50

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

**EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 15/08/2019 08:49:50)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

08ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (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: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA  
MÉDICO VASCULAR  
CRM: 12345





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Sede: Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUI  
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 2778696 - Tel.: 8332165700

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

Nome <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1181721</b>	Data/Hora Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>03/10/1956</b>	Idade <b>62</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>160634171660018</b>
Tempo de internação <b>2d 19h 36min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data Internação <b>07/08/2019 13:58:03</b>	Permanência na Unidade <b>3d 12h 29min</b>	Permanência no Leito <b>3h 27min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 10/08/2019 09:34:46)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#3ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (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  
CRM: 50015  
10/08/2019





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE**

*o Trabalho*

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 5332165700

Impresso por: ALDENIO  
AMORIM DE LIMA  
Em: 09/08/2019 09:32:10

Nome <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1181721</b>	Data/Hora Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>03/10/1956</b>	Idade <b>62</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>150634171690018</b>
Tempo de Internação <b>1d 19h 34min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data Internação <b>07/08/2019 13:58:03</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 12h 27min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 19h 34min</b>

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

**EVOLUÇÃO**

**PROCEDIMENTO**

**DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

**#2ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (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: 3515

ALDENIO AMORIM DE LIMA  
Médico Gerente do Hospital  
09/08/2019







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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE  
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES  
CNES: 2778896 - Tel.: 8332.155700

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

Nome <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1181721</b>	Data/Hora Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>03/10/1956</b>	Idade <b>62</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>150634171690018</b>
Tempo de Internação <b>19h 50min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data Internação <b>07/08/2019 13:58:03</b>	Permanência na Unidade <b>1d 12h 43min</b>	Permanência no Leito <b>19h 50min</b>

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

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#1ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (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





# RELATÓRIO DE CIRURGIA

11/2019

Nome: Arthur do Monte da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/1  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + ENTERORRAFIA  
 Cirurgião: FERNANDO RAMALHO 1º Assistente: ISABELLE  
 2º Assistente: Renato Benedito 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: [assinatura] Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: Gen Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</u>	
<u>ENTERORRAFIA</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: \_\_\_\_\_

[assinatura]  
 Dr. Fernando Ramalho  
 CRM 2797  
 Cirurgia Aparelho Digestivo  
 e video Laparoscópico  
 João Pessoa

João Pessoa, 01/08/19

FINGI ASSINADO





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em ADH 54 anestesia geral

Incisão:

Incisão no sítio supra e infra umbilical

Achados:

Achados: Ruptura de alça de jejuno  
de  $\pm 1,5$  cm do angulo de Treitz.

Conduta:

- Realizado o fechamento da lesão e  
extensão no "Z" para posterior  
sutura contínua em planos  
unidos.
- Imposição de drenagem de cavidade  
e 1 CF de aspiração
- Realização de cavidade de  
contorno da compressão  
e check-up.

Fechamento:

- Sutura da parede por planos  
anastomose
- Curativo

Observação:

Médico/CRM:

*[Assinatura]*  
Mário Ramalho  
CRM 10.123  
Cirurgia Geral

João Pessoa,

07, 08, 19

ENG/ASCIR.009-1





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




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**Documento de Alta**


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

Data: 16/08/2019

  
CARLOS MAGALHÃES FRANCA  
CRM: 3792 - PB






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

--	--	--	--



 <b>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> <b>HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA</b> <b>SENADOR HUMBERTO LUCENA</b>				
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 01cx**

TOMAR 01 CP VO 12/12H, 10dias.

OBS.: REPOUSO PRIORITÁRIO DURANTE 60 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: 12/08/2020	ID da Ocorrência: 12345	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº/Equipe: 01	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 2 Hs	Hora de Chegada: 10:00
Paciente / Usuário: Suelio Moreira Torres				Idade: 35	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: 9999-9999
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Camacá <input type="checkbox"/> Outros: _____						
Logradouro: Rua 230			Bairro: 1505		Médico Responsável: _____	
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:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRE <input type="checkbox"/> BPT/TRAN <input type="checkbox"/> Outros: _____						
OTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadidos do Local <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Outros: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte						
Destino (Unidade Hospitalar): _____				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSPERÊNCIA
Motivo: _____	Hospital de Origem: _____
	Responsável: _____
	Hospital de Destino: _____
	Responsável: _____
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infarto miocárdico Anterior <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infarto-cardíaca <input type="checkbox"/> Medicamentos em uso: _____ Quais? _____

1. DADOS VITAIS

PA: 120/80 FC: 97 FR: 16 HGT: 1,65 SpO2 - S/O2: 98% SpO2 - O2O2: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:	
Diagnósticos de Enfermagem:	Pulso fraco, fadiga, dor no peito, náusea, vômito, diarreia.
Intervenções:	Monitorar sinais vitais, administrar medicação prescrita, manter paciente em repouso.
Evolução do Enfermeiro:	10:00 - 10:30 - Paciente estável, sem alterações.
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA	





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Serviço de Atendimento



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISSOA, 56 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1161721



### Identificação do paciente

ID 1427611	Nome ARLINDO MENDES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63 anos 7 meses 5 dias	Estado civil Solteiro
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO	Religião NÃO IDENTIFICADO	
Escolaridade 83	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO	
DDID Celular 83	Celular 906000000	DDI 906000000
Tipo documento 017EIRO	Número documento Nº Cns	
Local de procedência Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BARRIO
		UF PB
Endereço CEP 5081166	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro COSTA E SILVA
INúmero 2	Complemento	Bairro COSTA E SILVA

### Admissão

Data e Hora 06/08/2019 21:05:45	Número da pulseira 1000007276230	Contêiner SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

io X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
----------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos  
06/08/19 Paciente trazido do posto de socorro com entrada no sistema de colúmbia moto x bicicleta. no momento consciente e orientado - do, relatou ter feito uso de bebida alcoólica, em quantidade de 02 CDI.

Diagnóstico	Erica da Silva COREN/PB 124615-EMF	OID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA		Tempo 03min 36seg

Imprimir





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUIE  
o trabalho**

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

#### Paciente

**ARLINDO MENDES DA SILVA**

Data de nascimento

01/01/1956

Idade

63a 7m 6d

#### BAE

1181721

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

06/08/2019 21:05:45

CNS

Data Baixa

Telefone

(83) 00000000

Recibo

Mãe

**SEVERINA DA CONCEICAO**

Endereço

**COSTA E SILVA, 462**

Bairro

**COSTA E SILVA**

Município

**JOAO PESSOA**

Acidente

**MOTO X BICICLETA**

Motivo

**ACIDENTE DE BICICLETA**

Profissional

**LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS**

Data/Hora Classificação

05/08/2019 21:05:45

Data/Hora Prescrição

07/08/2019 13:55:06

UF

**PB**

Nº. Cons. Médico

6928/PB

### ANAMNESE

• POLITRAUMATIZADO COM TCE HÁ 1 DIA. # POLI LAPAROTOMIA. EVOLUINDO COM CONFUSÃO MENTAL. NO MOMENTO: OLHOS DE PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO (06/08): Focos de hemorragia subaracnóidea na alta convexidade bilateralmente, notadamente à direita. Calcificações ateromatosas nas artérias carótidas internas, vertebrais 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, caracterizada pela acentuação dos sulcos, fissuras e cisternas, bem como por alargamento dos ventrículos supratentoriais. Áreas de atenuação reduzida na substância branca periventricular e nos centros semiovais, podendo estar relacionados a microangiopatia. CD: SOL. TC DE CRÂNIO DE 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: 6928/PB)

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







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





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senad: Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUIE  
o trabalho**

# CENTRO CIRURGICO

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

Tel:

CNES: 122332

Paciente <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	BAE <b>1181721</b>	Data/Hora Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/01/1956</b>	Idade <b>63a 7m 6d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 00000000</b>
Mãe <b>SEVERINA DA CONCEICAO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>COSTA E SILVA, 462</b>	Bairro <b>COSTA E SILVA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>FERNANDO RAMALHO DINIZ</b>	Nº Cons. Resposta <b>2797/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/08/2019 21:05:45</b>		Data/Hora Prescrição <b>07/08/2019 11:15:32</b>	

## ANAMNESE

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

## DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

## Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

FERNANDO RAMALHO DINIZ

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





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

*o trabalho*

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

FONES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ARLINDO MENDES DA SILVA	1181721	06/08/2019 21:05:45	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
01/1956	53a 7m 6d	Masculino	(83) 00000000
Prontuário			
VERINA DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
COSTA E SILVA, 462	COSTA E SILVA	JOAO PESSOA	PB
Indente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
FOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE BICICLETA	BENEDITO S RIBEIRO	11820/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
06/08/2019 21:05:45		07/08/2019 09:29:23	

#### ANAMNESE

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

#### EXAME LABORATORIAL

- MOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)
- TIPO SANGUÍNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)

#### SANGUE E DERIVADOS

#### SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

#### Conduta

Internar Paciente

ARLINDO MENDES DA SILVA

Dr. Benedito Benedito  
Médico  
CRM-PB 11.820  
BENEDITO S RIBEIRO  
(CRM: 11820/PB)

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





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



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

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

**ANAMNESE**

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HÁ MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA. REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO, COLAPAROTOMIA EXPLORADORA.

**Conduta**

Internar Paciente

\_\_\_\_\_  
ARLINDO MENDES DA SILVA

\_\_\_\_\_  
BENEDITO B RIBEIRO  
(CRM: 11820/PB)

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



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



**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ARLINDO MENDES DA SILVA</b>	BAE <b>1181721</b>	Data/Hora Entrada <b>06/08/2019 21:05:45</b>	Data Boia
Data de nascimento <b>01/01/1956</b>	Idade <b>63a 7m 6d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 600009066</b>
Mãe <b>SEVERINA DA CONCEICAO</b>			Pronunciado
Endereço <b>COSTA E SILVA, 462</b>	Bairro <b>COSTA E SILVA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>	Profissional <b>MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA</b>	NE Onco - Regional <b>6013/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/08/2019 21:05:45</b>		Data/Hora Prescrição <b>07/08/2019 09:10:14</b>	

**ANAMNESE**

ACIDENTE CICLISTICO ONTEM A NOITE. REFERE DOR ABDOMINAL. AO EXAME GLASGOW 15 SEM DEFICIT MOTOR APRESENTANDO SIGNIFICATIVO. ESCORIAÇÕES NA FACE FCC SUTURADO NO PE D. BLUMBERG + ELIPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME: PNEUMOPERITÔNIO COM LÍQUIDO NA CAVIDADE. TC DE CRÂNIO HSA T CD. LIBERADO PARA LAPAROTOMIA COM ANESTRAL + ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM NEUROCIRURGIA

**CID10**

T14.9 - Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
(6013/PB)

7oletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:05:21





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Cirurgião Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
o trabalho

#### 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**

DAE

**1181721**

Sexo

**Masculino**

Data/Hora Entrada

**06/08/2019 21:05:45**

CNS

Bairro

**COSTA E SILVA**

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: ogf, com escoriações no corpo; dor, adm ok, neuro com presença de artrose. cd: alta da ortopedia - aos cuidados das demais especialidades, orientações gerais.

#### Conduta

Em observação

\_\_\_\_\_  
ARLINDO MENDES DA SILVA

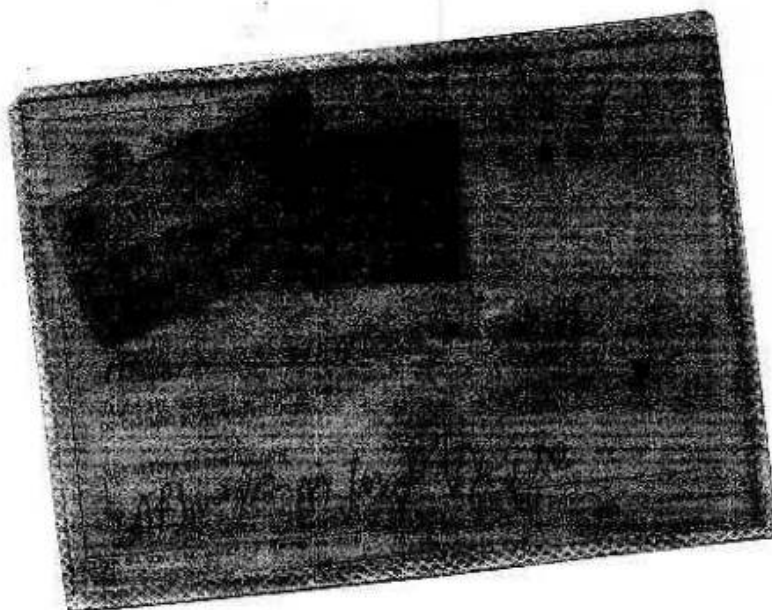
Dr. J.  
GR  
\_\_\_\_\_  
JANSEN

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









**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome: THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

Matrícula: 16685

CPF: 012.122.414-02

RG: 972.132.414-02

Endereço: RUA DE SANTO ANTONIO, 14032812

Cidade: JOÃO PESSOA - PB

Estado: PARAIBA

Assinatura: [Assinatura]

Presidência: [Assinatura]

UDO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS TIPOS  
(Art. 12 da Lei nº 3.969/04)

130274/1403

Grupo de Atividade

130274/1403

130274/1403



## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

*Arildo Mendes da Silva, brasileiro, solteiro,  
conjugado de Camélia Inês, nº 0.642.859, CPF  
545.148.534-00, residente e domiciliado no Rua  
Henrique Jorge, 304, 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 o 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 complementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÊGO, 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 ATAÍDE 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 estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

**PODERES:** Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO 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, INFEN, 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, 14 de janeiro de 2020.

CARTÓRIO  
CARLOS ULYSSES

*Arildo Mendes da Silva*

OUTORGANTE

CARLOS ULYSSES

Serviço Notarial do 1º Ofício e Registro de Imóveis de João Pessoa - PB  
Av. Espírito Santo, 142 - Centro - João Pessoa - PB 58.013-420  
Fone: (83) 3222-2222 - E-mail: administrativo@notariopb.com.br

SSS SERVIÇOS NOTARIAIS  
1º OFÍCIO  
DE NOTAS  
TEL: 3222-0393  
JOÃO PESSOA - PB

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pes

(83) 3241-6957 / 98

E-mail: joaopessoa.pb@laci

Site: www.lacerdasant

Reconheço por Autenticidade a firma de  
ARLINDO MENDES DA SILVA conforme autógrafo  
arquivado 64819; Dou fé  
João Pessoa-PB, 26/11/2019 Josivaldo Joaquim de Santana -  
Escrevente  
Selo: AJG91516-6AYW consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



## 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](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: 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

