



Número: **0800130-36.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>AILTON JOSE GOMES (AUTOR)</b>	<b>FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

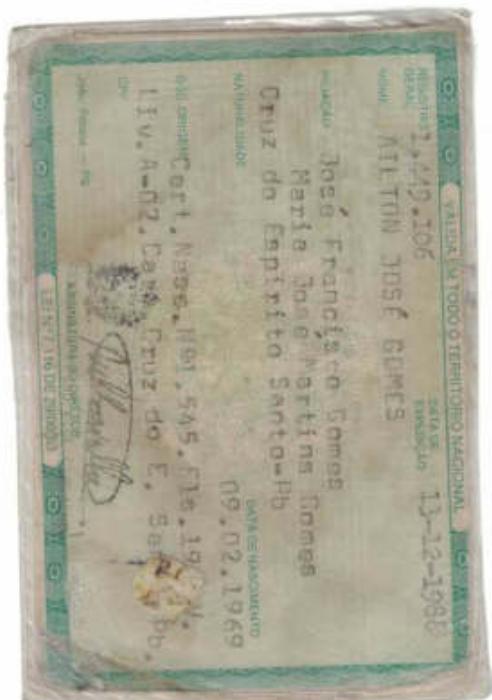
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39357 889	11/02/2021 11:10	<a href="#"><u>2783770_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111100447900000037512910>  
Número do documento: 21021111100447900000037512910

Num. 39357889 - Pág. 2





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111100447900000037512910>  
Número do documento: 21021111100447900000037512910

Num. 39357889 - Pág. 4

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200394892      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AILTON JOSE GOMES      **Data do acidente:** 11/08/2020      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO.(P-2)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA, FIXAÇÃO, PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.  
P-4-5-6-7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Altton José Gomes*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *operador de máquinas*, residente e domiciliado à Rua *de São Francisco*, n° *421*, bairro *Industrial*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de(o) *PB*, Cep: *53020-000*, portador(a) do RG n° *1.449.106*, SSP/ *15* e CPF n° *752.410.644-00*

**Outorgado:** *Floriana da Silva Gomes*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *advogada*, residente e domiciliado(a) à Rua *da República*, n° *290*, bairro *Centro*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de (o) *Paraná*, Cep: *53015-000*, portador (a) do RG n° *307.119.0*, SSP/ *15* e CPF n° *218.079.624-69*

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Altton José Gomes*, ocorrido em *11/08/2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza *incidente*.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

*f. Pessoa* 03, de 11 de 2020.

*X Altton José Gomes*  
Outorgante  
CPF N° *752.410.644-00*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

**Vítima:** AILTON JOSE GOMES

**CPF:** 752.410.644-00

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/08/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AILTON JOSE GOMES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

#### AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

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: 04/11/2020  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111100447900000037512910>  
Número do documento: 21021111100447900000037512910

Num. 39357889 - Pág. 7

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

**Vítima:** AILTON JOSE GOMES

**CPF:** 752.410.644-00

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/08/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AILTON JOSE GOMES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

#### AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

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: 04/11/2020  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111100447900000037512910>  
Número do documento: 21021111100447900000037512910

Num. 39357889 - Pág. 8



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, 06 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200394892**      **Vítima: AILTON JOSE GOMES**

**Data do Acidente: 11/08/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AILTON JOSE GOMES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: AILTON JOSE GOMES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001268-8**

**Conta: 0000034338-2**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Flagrantes de João Pessoa



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07334.01.2020.1.00.402**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07334.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:08 horas do dia 22 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Ivo Soares Bezerra, matrícula 1685007, e lavrado por Nathielle Ferreira Bulcão, Agente de Investigação, matrícula 1820036, ao final assinado, compareceu **Ailton Jose Gomes**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador, filho(a) de Maria Jose Martins Gomes e Jose Francisco Gomes, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/09/1969 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nilo Peçanha, Nº 421, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98728-0470.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230 Km 41, XXXX, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/08/20 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE no dia 11 de agosto de 2020 foi vítima de um acidente de trânsito, por volta das 1h, no trajeto do trabalho para casa, BR 230, KM 41, na cidade de Santa Rita/PB. Que estava a bordo de sua moto de placa OGD 3456 /PB, modelo Fan Honda CG, 150, preta, ano 2013, quando foi atingido por outra moto, cuja placa não foi identificada pelo notificante. Que houve uma colisão e o notificante ficou ferido, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Buriti de Mangabeira.

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

João Pessoa/PB, 22 de outubro de 2020.

NATHIELLE FERREIRA BULCÃO  
Agente de Investigação

AILTON JOSE GOMES  
Noticiante



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON JOSE GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000000034338-2

---

Nr. da Autenticação 2809BCAE69CBB8D9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111100447900000037512910>  
Número do documento: 21021111100447900000037512910

Num. 39357889 - Pág. 11

 <b>CAGEPA</b> <small>COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA</small> <small>Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB</small> <small>CEP: 58.016-670 - CNPJ: 08.123.664/0001-67</small>		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO <b>MATRÍCULA</b>																																																															
		6809553																																																															
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS</td> <td colspan="4">REFERÊNCIA OUT/2020</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <b>AILTON JOSE GOMES</b>  <b>AV NILO PECANHA, 421 - POPULAR SANTA RITA PB</b>  <b>58301-205</b> </td> </tr> </table>						CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS		REFERÊNCIA OUT/2020				<b>AILTON JOSE GOMES</b> <b>AV NILO PECANHA, 421 - POPULAR SANTA RITA PB</b> <b>58301-205</b>																																																					
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS		REFERÊNCIA OUT/2020																																																															
<b>AILTON JOSE GOMES</b> <b>AV NILO PECANHA, 421 - POPULAR SANTA RITA PB</b> <b>58301-205</b>																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Residencial</th> <th>Comercial</th> <th>Industrial</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>003.005.170.0108.000</td> <td>000</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td>Situação Esgoto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V14N330221</td> <td>12/09/2014</td> <td>EXT LACRADO</td> <td></td> <td>POTENCIAL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável			Residencial	Comercial	Industrial		003.005.170.0108.000	000	1	0	0	0	Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		V14N330221	12/09/2014	EXT LACRADO		POTENCIAL																															
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																																																												
		Residencial	Comercial	Industrial																																																													
003.005.170.0108.000	000	1	0	0	0																																																												
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																																																													
V14N330221	12/09/2014	EXT LACRADO		POTENCIAL																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>CONSUMO (m<sup>3</sup>)</th> <th>NUM DE DIAS</th> <th>PRÓXIMA LEITURA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1434</td> <td>1455</td> <td>21</td> <td>29</td> <td>07/11/2020</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALEID: ÁGUA-ANEXO 20-PORT. 05/2017 MS.</td> </tr> <tr> <td>SET/2020</td> <td>28</td> <td colspan="4">PARAMETROS EXIG. ANALIS: CONFORMES</td> </tr> <tr> <td>AGO/2020</td> <td>24</td> <td>TURBIDEZ</td> <td>79</td> <td>98</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>JUL/2020</td> <td>21</td> <td>CLORO</td> <td>79</td> <td>95</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>JUN/2020</td> <td>22</td> <td>PH</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>MAI/2020</td> <td>28</td> <td>COR</td> <td>28</td> <td>70</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>ABR/2020</td> <td>22</td> <td>COL.TOTAIS</td> <td>79</td> <td>98</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>MEDIAÇÃO</td> <td>24</td> <td colspan="4">DADOS REFERENTES A: AGO/2020</td> </tr> </tbody> </table>						ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		1434	1455	21	29	07/11/2020		HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALEID: ÁGUA-ANEXO 20-PORT. 05/2017 MS.						SET/2020	28	PARAMETROS EXIG. ANALIS: CONFORMES				AGO/2020	24	TURBIDEZ	79	98	98	JUL/2020	21	CLORO	79	95	98	JUN/2020	22	PH	8	0	0	MAI/2020	28	COR	28	70	70	ABR/2020	22	COL.TOTAIS	79	98	98	MEDIAÇÃO	24	DADOS REFERENTES A: AGO/2020			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA																																																													
1434	1455	21	29	07/11/2020																																																													
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALEID: ÁGUA-ANEXO 20-PORT. 05/2017 MS.																																																																	
SET/2020	28	PARAMETROS EXIG. ANALIS: CONFORMES																																																															
AGO/2020	24	TURBIDEZ	79	98	98																																																												
JUL/2020	21	CLORO	79	95	98																																																												
JUN/2020	22	PH	8	0	0																																																												
MAI/2020	28	COR	28	70	70																																																												
ABR/2020	22	COL.TOTAIS	79	98	98																																																												
MEDIAÇÃO	24	DADOS REFERENTES A: AGO/2020																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020</th> <th>HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">         DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)  <b>ÁGUA</b>          RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)          ATÉ 10 m<sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE          11 m<sup>3</sup> A 20 m<sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m<sup>3</sup>          21 m<sup>3</sup> A 30 m<sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m<sup>3</sup>  <b>ESGOTO</b>          10 m<sup>3</sup> 37,91          10 m<sup>3</sup> 48,90          1 m<sup>3</sup> 6,45       </td> </tr> </tbody> </table>						DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09	DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$) <b>ÁGUA</b> RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATÉ 10 m <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE 11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m <sup>3</sup> 21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m <sup>3</sup> <b>ESGOTO</b> 10 m <sup>3</sup> 37,91 10 m <sup>3</sup> 48,90 1 m <sup>3</sup> 6,45																																																									
DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09																																																																
DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$) <b>ÁGUA</b> RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATÉ 10 m <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE 11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m <sup>3</sup> 21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m <sup>3</sup> <b>ESGOTO</b> 10 m <sup>3</sup> 37,91 10 m <sup>3</sup> 48,90 1 m <sup>3</sup> 6,45																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 17.741/20</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VENCIMENTO: 19/10/2020</td> <td>Total a Pagar: R\$ 93,26</td> </tr> </tbody> </table>						VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 17.741/20	VENCIMENTO: 19/10/2020	Total a Pagar: R\$ 93,26																																																									
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 17.741/20																																																																	
VENCIMENTO: 19/10/2020	Total a Pagar: R\$ 93,26																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA</th> <th>CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL</th> <th>TIPO DE TARIFA: 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS</td> </tr> </tbody> </table>						CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1	INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS																																																								
CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1																																																															
INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS																																																																	



PEDRO JOSE DA SILVA  
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO  
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)  
CPF/CNPJ/ANI: 116.204.834-40



Cls/Sbc:RESIDENCIAL/BAIXA RENDA BPC MONOFÁSICA

Roleiro: 06-0001-409-3140 Medidor:00008162616



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/280012-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002800126

	<b>R\$ 267,96</b>		<b>17/07/2020</b>
	<b>JUL/2020</b>		<b>12,53kWh MEDIA DIÁRIA</b> 376 kWh
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>			

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. ICMS(R\$)	Alq. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)
601	Consumo acima de 220kWh-BR	136	0,773060	120,59	120,59	27	32,95	120,59	1,25	5,78
601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,773060	90,59	90,59	27	22,54	90,59	0,97	4,61
601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,463840	32,46	32,46	27	8,76	32,46	0,33	1,56
601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,270570	8,11	8,11	27	2,19	8,11	0,08	0,38
610	Subsídio			46,01	46,01	27	12,42	46,01	0,48	2,21
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
906	Devolução Subsídio		-30,90	0	0	0,00	0	0	0	0
807	CONTRIB SERVILUM.PÚBLICA		12,23	0	0	0,00	0	0	0	0
999	BÔNUS TAPIU LEI 10438/2002 12/2019		-4,03	0						

CCI: Código de Classificação do Item Total: 267,96 290,66 78,47 290,66 3,02 13,94

RESERVADO AO FICHA		df00.97ba.4347.d312.5a71.6244.109b.0c6a			
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
JUL/19	197	LEITURAS			
AGO/19	197	Anterior	10/06/20	4785 kWh	
SET/19	329	Atual	10/07/20	5161 kWh	
OUT/19	322				
NOV/19	216				
DEZ/19	296				
JAN/20	299				
FEB/20	340				
MAR/20	306				
ABR/20	362				
MAY/20	550				
JUN/20	531				
JUL/20	537				
<b>PRÓXIMA LEITURA</b>		Total		271,99	100,00
Valor no EUSD(Ref 05/2020): R\$ 61,86					
11/08/2020					

INDICADORES DE QUALIDADE (REFERÊNCIA - 05/2020 - Conjunto Ilha do Biop)					
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	4,83	0,00	9,67	19,34	Nominal
Verzes em que o cliente ficou sem energia - DIC	3,17	0,00	6,35	12,70	Contratada
Duracao media de interrupção de energia no periodo - DMIC	2,98	0,00	5,96	11,92	Limite inferior
Duracao da interrupção individual em dia critico - DICRI	12,22				Limite superior

\* Em 30 de Junho de 2020, foi encerrado pelo Governo Federal o desconto de 100% concedido através da Medida Provisória nº 950/2020, que é de 50% para consumos acima de 220 kWh. A partir de 1º de julho de 2020 os descontos escalonados voltaram a ser aplicados, com desconto de 65% para consumo de 0 a 30 kWh, 60% para consumo de 31 a 100 kWh, 55% para consumo de 101 a 220 kWh e 50% para consumo acima de 220 kWh. Os consumidores que recebem 100% de desconto de 101 a 220 kWh recebem 10% de desconto.

\* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é criada pela Lei nº 13.670/2018, que entrou em vigor em 1º de julho de 2019.

\* Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender suas demandas de assistência. Entre em contato com a Agência ou Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3.

\* Sua unidade foi cadastrada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,90.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 10371.951178 5 83190000026796				
PAGADOR: PEDRO JOSE DA SILVA CNPJ/CPF: 116.204.834-40				
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO - JOAO PESSOA / PB - CEP 58010-180				
Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3150240010371951	280012-2020-07	17/07/2020	267,96	
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40				
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=210211110044790000037512910>

Num. 39357889 - Pág. 13

Número do documento: 210211110044790000037512910



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

Para mais informações, 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: 4020-1595 / 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

### INFO/1 AÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse Formulário é parte integrante do processo de seguro de sinistro, conforme estabelecido Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCCORIGINAL.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.

É importante informar que, se informadas as profissões e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AMÉRICA, CAPITALIZAÇÃO E RISCOS, 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 N° 9.333/96.

Reis exposto, eu,

Flaviane da Silveira Almoro

inscrita (a) no CPF nº 048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Altton José Gomes

de sinistro de DPVAT cobertura 1 no clídez

inscrito (a) no CPF sob o nº 752.410.644-00

da Vítima Altton José Gomes

inscrito (a) no CPF sob o nº 752.4

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro (não assinado):

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

Encarte informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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. 295 do Código Penal.

Enderro:	<u>Rua do Republica</u>	Número:	<u>390</u>	Complemento:	
Barro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58010-180</u>

Local e Data:

João Pessoa, 03/11/2020

Assinatura do Declarante

001 V001/0017

PRÉFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
Fone: ( ) CNPJ:

Ficha Nr: 334679 Atd: Nao Regui  
Data: 11/08/2020  
Hora: 00:14:28  
Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVAS  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: AILTON JOSE GOMES

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 898004615550121 Sexo: M IDENTIDADE: 1449106 Fone: 987280470  
Natural: CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PB Data Nasc.: 09/02/1969 Id: 51 ano(s)

End.: RUA NILO PECANHA,421  
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prentuario: 2020.08.001043

Mae: CRUZ DO ESPIRITO SANTO

Pai: JOSE FRANCISCO GOMES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

1<sup>o</sup> RXAMCOES DE ENTRADA

Resp.: AILTON JOSE GOMES

tel/Doc. Responsavel: 987280470 / IDENTIDADE: 1449106

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[\*] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Q. emia: IMC:

cl. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Gravé  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observação

Queixa Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Assente com ant. de Dov  
NP fvrro

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

Dr. Wilson F. da Nóbrega  
CRM 11.094 PB  
Medicina





## Receituário

Paciente: AILTON JOSE GOMES

Idade: 51

Data: 10/08/2020 21:25:27

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1250769

### ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM  
PACTUAÇÃO O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO,  
SOFREU FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL DIREITO TIPO BARTON VOLAR .  
PEQUENA ESCORIAÇÃO NO DORSO DA URNA DISTAL , FEITO CURATIVO E  
IMOBILIZAÇÃO TALA AXILO PALMAR .  
CD: AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA DO ORTOGRAUMA DE MANGABEIRA

Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PB 4847 - SBOT 8331

Dr. RODRIGO CASTRO DO AMARAL  
4847/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-050





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: ELTON JOSÉ GOMES Data da Admissão: 11/08/20  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/  
QPD: \_\_\_\_\_  
HDA: Paciente com dor  
uma punho  
109 dias: dor e  
30 dias  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
  
**Interrogatório Sintomatológico:**  
**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_  
**Pele:** \_\_\_\_\_  
**Cabeça e PESCOÇO:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume  
**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_  
**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos  
**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cilton José Gomes</i>				Registro:	
Idade: <i>51</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor: <i>Clara</i>	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>18/08/2020</i>	Cirurgião: <i>Dr. Teófilo</i>			1º Assistente: <i>Dr. Eduardo R3</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Woldemberg</i>	3º Assistente: <i>Dr. Antônio R1</i>			Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr.</i>	Tipo Anestesia: <i>Blockus</i>			Horário: I: <i>10:00</i>	T: <i>13:00</i>

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura de Rádio Distal Direito</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>Ornamento</i>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>R AFI com Placa e Kirschner</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:  
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  HTFCirurgias: \_\_\_\_\_ 

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] JHEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_  Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: RxHipóteses Diagnósticas: Ex RTV 12.09.2021 -Conduta: Voo com riscoDr. Thales

Dr. Klenio F. da Nóbrega  
CRM 11.091/B  
Ortopedia e Traumatologia



**Descrição da Cirurgia**

**Posição e Preparo:** Paciente em decúbito dorsal na mesa  
Anestesia e Antissepsia  
Capacete de Couro por Externo

**Incisão:**

**Achados:** - Fratura do Radio Distal Direito

**Conduta:**  
- Realizado Redutor Aberto com  
placa 4 furos + Fixação com 3 parafusos  
sob a visualização óptica.  
- Realizado Sutura.  
- Realizado Curativo.  
- RX de controle.

**Fechamento:**

**OBS:**

RJ#Dr Teófilo  
Antônio P.S. Neto  
CRM RJ 23.125

**Data:** 18/01/2020

**MÉDICO/CRM**





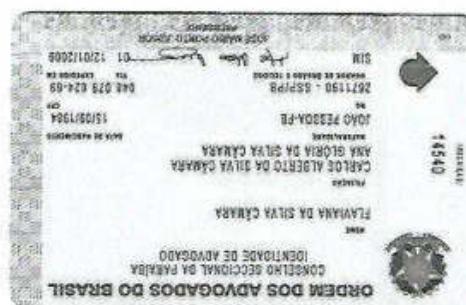
### LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME:	Ailton José Gomes		ENFERMARIA/LEITO:	17/160
IDADE:	51	SEXO: Mas	CLINICA:	ORTOPEDIA
DATA DE ADMISSÃO:	11/08/2020		DATA DE ALTA:	19/08/2020
				TEMPO DE PERMANÊNCIA: 8 DIAS

DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FRATURA DE RÁDIO DISTAL E</b>	CID: <b>S52</b>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>O MESMO</b>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
PRINCIPAIS EXAMES: <b>RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA</b>	
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:	
ANATOMIA PATOLÓGICA: <b>INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO</b>	<b>COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO</b>
RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
CONDIÇÕES DE ALTA: <b>(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO</b>	
RESUMO CLÍNICO: Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.	
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>	
DIETA:	Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...
REPOUSO:	Relativo em casa por: <b>15 DIAS</b> Retorno às atividades sem esforço físico em: <b>30 DIAS</b> Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45 DIAS</b> e com esforço maior em <b>90 DIAS</b> .
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.	
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
<b>MEDIÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico</b>	
RETORNO: Ao posto de saúde em <b>21 DIAS</b> . Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.	Médico: <b>Dr Teófilo</b>

19/08/2020	David Pierre Lopera Matias Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 13263
Data	Assinatura do Médico

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,  
CONTINUAPE DE TRATAMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:10:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111100447900000037512910>  
Número do documento: 21021111100447900000037512910

Num. 39357889 - Pág. 22