
Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180137682**
Vitima: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180137682**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Nº Sinistro: **3180137682**
Vitima: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180137682**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180137682**
Vitima: **EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180137682**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00387/00388 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13399305

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

726.384.434-68

Nome completo da vítima

Edivalson Travassos de Lima Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Edivalson Travassos de Lima Junior	CPF titular da conta	726.384.434-68	Profissão	Recusou-se
Endereço	Comerciante João Venerando Lima	Número	76	Complemento	
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email					CEP 58056-480

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

22 MAR. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 0,001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Name	Nº	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
Nº		Nº	
0036		317893	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 05 de Março de 2018
Local e Data

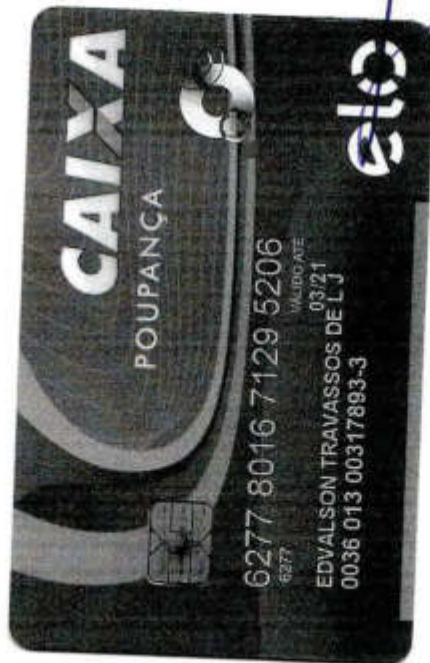
Edivalson Travassos de Lima Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

22 MAR. 2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01081.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01081.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:07 horas do dia 06 de fevereiro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Edivalson Travassos de Lima Junior, CPF nº 726.384.434-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima Paiva da Silva e Edivalson Travassos de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/05/1970 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Comerciante João Venerando de Lima, Nº 76, complemento MANGABEIRA 1, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça do Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98781-9951.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Guarabira, Feira de Tibiri, Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/17 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRANSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 11/11/2017, por volta das 01:00 da madrugada, quando transitava na AV Guarabira, em Tibiri, cidade de Santa Rita/PB, com o veículo, tipo moto/cicleta, marca e modelo: SUZUKI EN 125 YES, de cor prata, placa: NPT 5845/PB, CHASSI Nº 9CDNF41LJ9M280743, registrado em nome do notificante; QUE ao chegar no endereço acima citado, e ao passar em uma lombada, o notificante perdeu o controle do veículo, e veio a cair, e se lesionar, sendo socorrido por terceiro para a UPA de Tibiri e em seguida para o hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, CID 10 S.42.0, datado de 30/01/2018. ASSINADO PELO MÉDICO Dr. Ewerton Noronha Teixeira CRM 2616/PB. Não quer representar criminalmente.

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, 06 de fevereiro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

Edivalson Travassos de Lima Júnior

CPF da Vítima

726.384.434-68

Data do Acidente

11/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Curitiba, 07 de março de 2018

22 MAR. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PES

de 2018

Local e Data

Joaó Pessoa, 05 de Março

Edivalson Travassos de Lima Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Edivalson Marinho de Lima IDADE: _____

DESTINO: _____ DATA E HORA DA ADMISSÃO: _____ ÀS ____ H

CONTATO PRÉ VIO: _____ DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: _____ ÀS ____ H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____

Paciente vítima de queda de moto, apresentava escoriações em membros superiores direito, referindo dor em ombro direito.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA – INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Fratura do Ombro + luxação da Clavícula.

OBSERVAÇÕES:

22 MAR. 2016

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: *João Marinho de Souza*
Enfermeiro
CRM-PB 9292

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Fatura Mensal 2ª Via Vencimento da Fat

linimo

Número do Cartão:
4593.80XX.XXXX.7083
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais localidades: 0800 9409009

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA
COMERC JOAO VENERANDO LIMA 76
MANGABEIRA
58056480 JOAO PESSOA - PB

Encargos

MULTA	2,00%
MORA	1,00%
PARCELADO COM JUROS	5,69%
CET PARCELADO COM JUROS	5,64%
ROTAÇÃO	Para o Período
NAO PAGAMENTO MÍNIMO	11,85% a.m.
SAQUES	11,85% a.m.
CET ROTATIVO	12,00% a.m.
CET NAO PAGAMENTO MÍNIMO	12,42% a.m.
CET SAQUES	12,42% a.m.
	Máx Próx Período
	13,80% a.m.
	13,80% a.m.
	14,00% a.m.
	14,42% a.m.
	14,42% a.m.
	14,62% a.m.
	14,62% a.m.

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CRÉDITO TOTAL	R\$ 2.569,51
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R\$ 2.569,51
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R\$ 2.569,51

Total de compras parceladas a vencer

Limite de Crédito Utilizado

Importante

Conforme Lei 12007/09, declaro que quado os valores cobrados pelo uso do cartão ate 2017. Esta declaração não abrange os débitos deste ano, valores remanescentes de rotativo, parcelas vincendas de parcelados e contestações de compras em análise.



104-0

10490.01926 18138.700002 00279.807093 2 000

Pagador: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA,
COMERC JOAO VENERANDO LIMA 76 MANGABEIRA - 58056480 - JOAO PESSOA - PB.

CPF/CNPJ do Pagador:

05813018468

Número Número

000000027880709-2

Beneficiário

CARTÕES CAIXA - 00 360.305/0001-04

Endereço do Beneficiário

SBS Quadra 4, Lote 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-900

Agência/Código Beneficiário

1813.870.00000192-3

SAC CAIXA: 0800 728 0101 (informações, suporte e implicações)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 728 3482

Outras opções: 0800 725 7474; 0800 725 7474

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador:

00 360.305/0001-04

Nº de Documento	Vencimento	Valor do Documento
00027980709	17/02/2018	331,54

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

17/02/2018

ATENÇÃO: Em caso de pagamento i
reportados nesta fatura, incidentes sobr
encargo em caso de pagamento miss
Data prevista para o fechamento da p

TERM 08009375 AGENTE 701662 AUTE 42232
COBAN:058494 LOJA:007136 PDV:009375
15/02/2018 BANCO DO BRASIL 11:01:31
350168942 CORRESPONDENTE BANCÁRIO 0090

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

Demonstrativo

Data Descrição

05/01 TOTAL DA FATURA AN
15/01 OBRIGADO PELO PAG
Subtotal Nacional

EDIVALSON T DE LIMA 459366

Movimentações Nacionais

01/12 ACQIO PAGAME*ALL P

16/12 LOJAO DAS PECAS

24/12 KALYNE FESHION

06/01 PARAHYBA BAR

15/01 ANALISIS MANGABEI

16/01 AJUSTE CREDITO PAR

27/01 FCIA PAGUE MENOS 119

06/02 LEANDRO DA SILVA 01/04

07/02 ANUÍDADAE DIFERENCIADA TIT 02/10

Subtotal Nacional

Total Nacional

Total Fatura

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

104900192618138780002002798070932

0000000000000000

NR. DOCUMENTO 71.369.375

DATA DO PAGAMENTO 15/02/2018

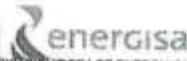
VLR DOCUMENTO 331,54

VALOR COBRADO 331,54

NR. AUTENTICAÇÃO 2.569.51E.13C.CDA.700

54-000

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS
RUA SILVA GUEDES 651 BL F AP 402 - CITIZERO
CEP 58088290 - JOÃO PESSOA / PB (AC: 1)



Conjuge:
Cle/Soc: RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Referência: SET/2016
Medidor: 00036673258 Emissão: 25/09/2016

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
n° 25 - Centro Rodoviário - João Pessoa / PB - CEP 58071-693
CNPJ 08.096.103/0001-40 - Inscrição 16.515.823-9
Nota Fiscal/Cópia da Energia Elétrica N° 001.375.672
Código para Detalhe Automático 00217520928

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1702002-5

Canal de contato:

SET/2016

Apresentação

30/09/2016

Data prevista da
próxima leitura

31/10/2016

CPF/CNPJ/RAN

8159303460

Anterior	Atual	Constância	Consumo	Dias
31/08/16 11162	30/09/16 11881	1	529	30

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Isabela Rogue de Siqueira F. e Freire inscrito (a) no CPF 081.593.634 , 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edivalson Travassos de Lima Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.384.434 , 69, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Edivalson Travassos de Lima Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.384.434 , 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

22 MAR. 2018

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência juntamente à 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>Rua Silvia Bezenna Guedes</u>		Número	<u>651</u>	Complemento	<u>Apto 402</u>	
Bairro	<u>Itizeiro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58088-090</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>53-98719.3539</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98637.7632</u>	

João Pessoa 19 de Março de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

DADOS DE NASCIMENTO 23/05/70

NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.040.959

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 12/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 04:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA D

CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado pela UPA 24h de Santa Rita-PB, apresentando queixa de dor em clavícula D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro - AP

TRATAMENTO:

Fratura do terço médio da clavícula D ao RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Cirurgia Geral e da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 12/11/17

DATA DA EMISSÃO: 30/01/18

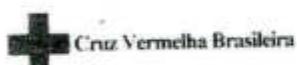
DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO DE BEM-ESTAR
CRM: 2516/PB

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

22 MAR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1040959



Identificação do paciente

ID 1229623	Nome EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/05/1970	Idade 47 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA	Pai EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87819951	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1519350	Nº Cns		
Local de procedência UPA SANTA RITA	Tipo UNIDADESAUDE			UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			
CBO/R				

Endereço

CEP 58056480	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA
Número 76	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 12/11/2017 04:30:46	Número da pulseira 100006128868	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

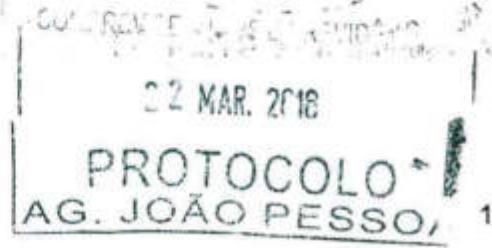
Atendido por

Tempo

HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

01min 32seg

Imprimir



12/11/2017 04:28





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR	BAE 1040959	Data/Hora Entrada 12/11/2017 04:30:46	Data Baixa 2017-11-12 10:22:04.0
Data de nascimento: 23/05/1970	Idade: 47	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (83) 87819951 / (00) 00000000
Mãe MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA			Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 76	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 04:30:46		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 10:22:33	
Convênio SUS	Nº. Matrícula		Senha

Anamnese

#Ortopedia

#MT: Queda de moto

#QP: Dor em topografia de clavícula direita

#EFO: Dor a palpação de terço médio de clavícula direita. Limitação funcional pela dor.

#RX: Fratura de terço médio de clavícula direita

#CD: Imobilização em 8.

#Em tempo, avaliado rx de controle. Manter tratamento conservador
#Alta da ortopedia - Retorno ao HTOP para acompanhamento.

CURATIVO

Staff: Dr. Mouribe

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Data e Hora 12/11/2017 10:22:04
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações RETORNO AO HTOP EM 7 DIAS (19/11/2017)

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

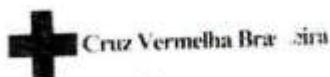
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

22 MAR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA,

GUTIERREZ





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR	BAE 1040959	Data/Hora Entrada 12/11/2017 04:30:46	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1970	Idade 47	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 87819951 / (00) 00000000
Mãe MARIA DF		CNS	Prontuário
Endereço COM. SANTO JOÃO VENERANDO LIMA, 76	Bairro MANGABEIRA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
SA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 2/11/2017 04:30:46		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 08:59:51	
Convênio SUS	Nº Mat. Atua		Senha

Anamnese

#Ortopedia #MT: Queda de moto #QP: Dr. em topografia de clavícula direita #EFO: Dor a palpação de terço médio de clavícula direita. Limitação funcional pela dor. #RX: Fratura de terço médio da clavícula direita #CD: Imobilização em 8. Rx de controle após imobilização.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTROLE PÓS-IMOBILIZAÇÃO)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

Código	Descrição	COLARTE 1 C/ IMPLANTO
S42.0	Fratura da clavícula	22 MAR. 2018

Conduta

Em resolução

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR	1040959	12/11/2017 04:30:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/05/1970	47	Masculino	(83) 87819951 / (00) 00000000
Mãe			Prontuário
MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 76	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR	9189/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/11/2017 04:30:46		12/11/2017 08:08:04	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

paciente encaminhado pela unidade de saúde de santa rita com queixa de dor em clavícula direita, sem mobilidade do membro. cd: rx de ombro direito e avaliação da ortopedia

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 20ML DE AD)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição	AG.	PROT.	JOAO	PESO
M79.6	Dor em membro				

Conduta

Em observação

Alt c de Cirurgia Geral

Paulo Marques
MR Cirurgia Geral
CRM/PB 9189

22 MAR 2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR	Data de Nascimento 23/05/1970	Idade 47	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1040959	Data Prescrição 12/11/2017 08:08:04
Motivo do Atendimento Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição 12/11/2017 08:08:00 - 13/11/2017 08:08:00	
Convenio SUS			Matrícula	Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poss	Aprazamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML)	1,0	ML		E.V.			12/11/2017
2 TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA)	2,0	MG	Observação:DILUIR EM 20ML DE AD	INTRAMUSCULAR			AGORA
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML	Observação:DILUIR EM AD	AR			AGORA
4 PAREcer ORTO	0,0			E.V.			AGORA

12 de Novembro de 2017

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR
CRM: 9189

Assinatura e Carimbo do Profissional

12 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Paciente EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR	BAE 1040959	Data/Hora Entrada 12/11/2017 04:30:46	Data Baixa 2017-11-12 10:22:04.0
Data de nascimento 23/05/1970	Idade 47	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 87819951 / (00) 00000000
Mãe MARIA DE FATIMA PAIVA DA SILVA			
Endereço COMERCIANTE JOÃO VENERANDO LIMA, 76	Barro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 04:30:46		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 10:22:33	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#Ortopedia

#MT: Queda de moto

#QP: Dor em topografia de clavícula direita

#EFO: Dor a palpação de terço médio de clavícula direita. Limitação funcional pela dor.

#RX: Fratura de terço médio da clavícula direita

#CD: Imobilização em 8.

#Em tempo, avaliado rx de controle. Manter tratamento conservador

#Alta da ortopedia - Retorno ao HTOP para acompanhamento.

Staff: Dr. Mouribe

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Motivo de Alta

ALTA MEDICA

Data e Hora

12/11/2017 10:22:04

Observações

RETORNO AO HTOP EM 7 DIAS (15/12/2017)

20/11/17

Dr. Pedro Henrique Freitas
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 10575

EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
 (CRM: 10575/PB)

HTOP - 3214-2911

22 MAR. 2018

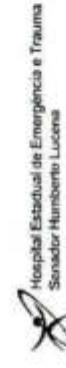
PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAIBA



Hospital Estadual de Emergência
Senador Humberto Lucena

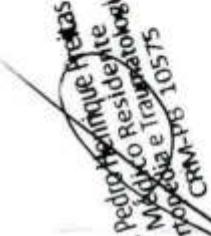


Cruz Vermeda Brodtein



Emergência e Trauma

GOVERNO
DA PÁPÀ AIR

Receituário					
Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR					
Data: 12/11/2017 10:21:06	Sexo: Masculino	CPF: Não Informado	Idade: 47	BAE: 1040955	
USO ORAL					
# ARFLEX 200MG <u>1 CX</u> TOMAR 1 COMPRIMIDO, VIA ORAL, APÓS UMA REFEIÇÃO, POR 6 DIAS					
# LISADOR <u>1 CX</u> TOMAR 1 CP VIA ORAL, DE 8 EM 8H POR 5 DIAS					
 Dr. Pedro Henrique Vargas Dr. Pedro Henrique Vargas Médico Residente CRM-PB 10575					
 Dr. PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS Dr. PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS CRM-PB 10575					

Dr. PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
10575/PB

Dr. Pedro Resende
Medico Traumatologista
Av. Presidente Vargas, 10575

97/98

105/5/PB

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

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR
Data: 16/11/2017 11:47:52

Sexo: Masculino
CPF: Não Informado

Idade: 47
BAE: 1041889

USO ORAL

1) FLANCOX 400MG ----- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12 H POR 5 DIAS

2) PARACETAMOL 500MG ----- 1 CX
TOMAR 1 CP 6/6H SE DOR

Receituário

Paciente: EDIVALSON TRAVASSOS DE LIMA JUNIOR
Data: 16/11/2017 11:47:52

Sexo: Masculino
CPF: Não Informado

Idade: 47
BAE: 1041889

USO ORAL

1) FLANCOX 400MG ----- 1 CX
TOMAR 1 CP 12/12 H POR 5 DIAS

2) PARACETAMOL 500MG ----- 1 CX
TOMAR 1 CP 6/6H SE DOR

• 2 MAR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA,

Dr. Pedro Romão L. Júnior

Médico

CRM-PB 9799

Dr. PEDRO ROMAO DANTAS
9799/PB

J.C. Pequeno
Humberto Lucena
Médico
CRM-PB 9799

Dr. PEDRO ROMAO DANTAS
9799/PB

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

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



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Edivaldo Teodomiro L. Júnior, portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S422, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (Nove) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 18/12/12.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

ATAO S. de Alencar
Ortopedista TECIT 14049
CRM-PB 7367 CRM-PF 23267

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr._____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

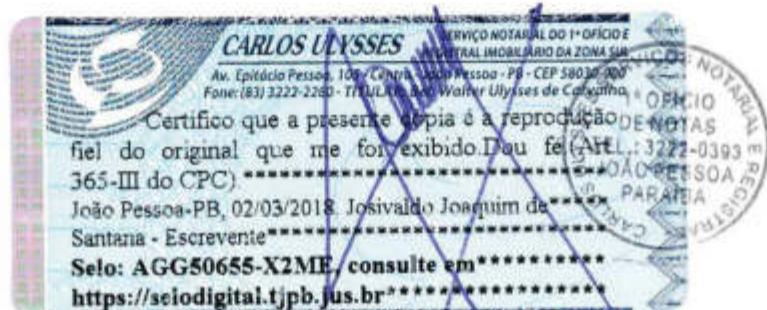
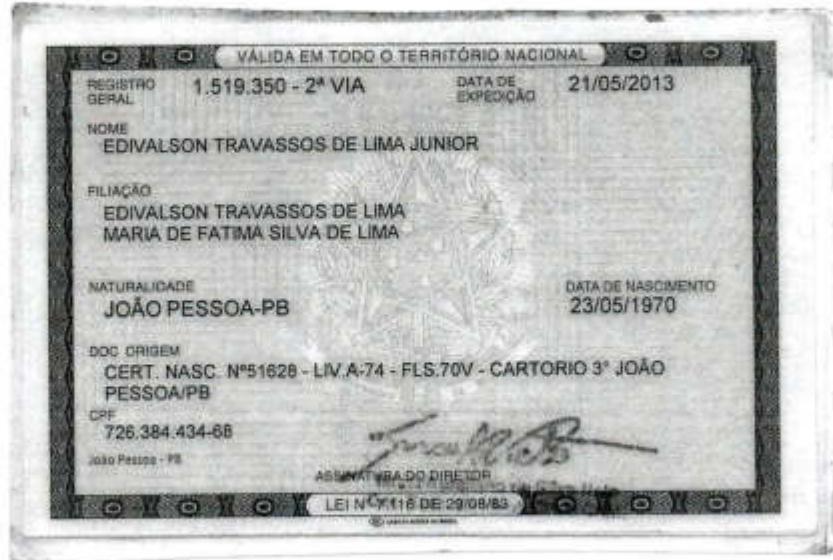
1ª VIA-PACIENTE

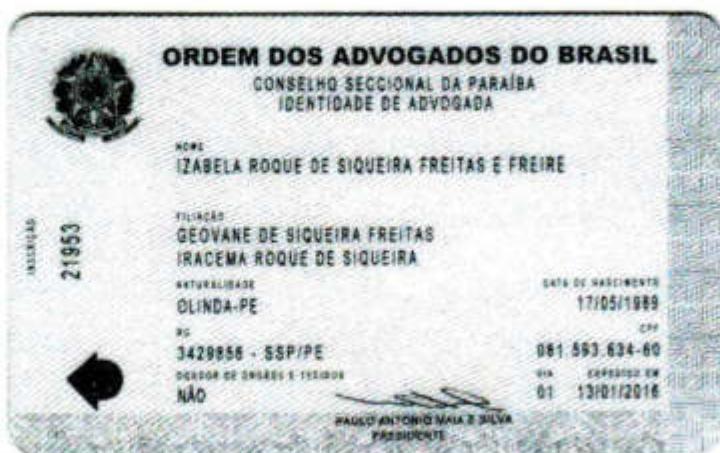
2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1

22 MAR. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Guia de identificação
22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO,

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edivalson Travassos de Lima Júnior
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
 PROFISSAO: Autônomo Nº DO RG: 1.519.350
 ORGÃO EMISSOR: DATA DE EMISSÃO: 21/05/2013
 Nº CPF: 726.384.434-68 ENDEREÇO: Rua Comerciante João
Venerando Lima 76 - Mangabeira - João Pessoa/PB.

OUTORGADO: Izabelia Ribeiro de Siqueira Freitas e Freire
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casada
 PROFISSAO: Advogada Nº DO RG: 21953
 ORGÃO EMISSOR: 0AB-PB DATA DE EMISSÃO: 13/01/2016
 Nº CPF: 081.593.634-60 ENDEREÇO: Rua Silvia Bezerra
Guedes - nº 651 - Oiticicó - João Pessoa PB - 53088-090

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Edivalson Travassos de Lima Júnior, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa PB , 07 de Março de 2018



Edivalson Travassos de Lima Júnior
Assinatura

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

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

