

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180034979**

Vitima: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**

Data do Acidente: **25/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034979**.

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

Carta nº 12271945



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180034979**
Vitima: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**
Data do Acidente: **25/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180034979**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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.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, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: RODOLFO LINHARES DA SILVA

Sinistro: 3180034979
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA
Data do Acidente: 25/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180034979** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 14 de Março de 2018

Carta nº: 12513489

A/C: RODOLFO LINHARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180034979
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA
Data do Acidente: 25/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RODOLFO LINHARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 8.437,50**

Banco: **104**

Agência: **000004917**

Conta: **0000010074-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.437,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 a 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 120.445.884 - 71	Nome completo da vítima RODOLFO LINHARES DA SILVA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL				
Nome completo RODOLFO LINHARES DA SILVA		CPF titular da conta 120.445.884 - 71	Profissão AGRICULTOR	
Endereço SÍTIO MIMOSO		Número S/N	Complemento -	
Bairro ZONA RURAL	Cidade PAULISTA	Estado PB	CEP 58.860 - 000	
E-mail T. EWERTON@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) (83) 96900 0530	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 498 DTV ☐ CONTA NRO. 10074 DTV ☒		BANCO Nome NRO	
(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAULISTA - PB, 02 de **JANEIRO** de 2018

Local e Data

Rodolfo Linhares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL

DATA: 03/01/2018

TERMINAL: 07321791

HORA: 11:20:31

CONTROLE: 073217910345

2ª VIA

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CDC/AGÊNCIA : 0732 / POMBAL

CONTA : 013.00.030.050-2

NOME : TARCISIO EMERTON PEREIRA OLIVEIR

FAVORECIDO

CDC/AGÊNCIA : 4917 / SAO BENTO DA PARAIBA

CONTA : 013.00.010.074-7

NOME : RODOLFO LINHARES DA SILVA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 03/01/2018

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL

DATA: 03/01/2018

HORA: 11:20:31

TERMINAL: 07321791

CONTROLE: 073217910345

2ª VIA

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CDC/AGÊNCIA : 0732 / POMBAL

CONTA : 013.00.030.050-2

NOME : TARCISIO EMERTON PEREIRA OLIVEIR

FAVORECIDO

CDC/AGÊNCIA : 4917 / SAO BENTO DA PARAIBA

CONTA : 013.00.010.074-7

NOME : RODOLFO LINHARES DA SILVA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 03/01/2018

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



GOVERNO
DA PARAÍBA



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
SÃO BENTO-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1280/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **25/10/17 hora: 07h:00min**

Notificante: RODOLFO LINHARES DA SILVA, alcunha "**RODOLFO**",
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:
Pombal/PB, nascido em 08/02/93, documento: RG nº 3.808.119
SSDS/PB, CPF nº 120.445.884-71, filho(a) de José Roberto Gomes da
Silva e de Nauba Linhares da Silva, endereço: Sítio Mimoso, Zona
Rural de Paulista/PB, referência: TEL. (83)9-9912 5571.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): Homero Perazzo Filho

Vítima: , alcunha " " , Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: *** , nascido em
 / / , cor/raça: ***** , Estado Civil: ***** ,
Profissão: , Escolaridade: ***** , documento: ,
filiação: e de , endereço: ***** , referência:
 . Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA 25/10/17 POR VOLTA DAS 07h:00min O MESMO VINHA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA MODELO HONDA CG 150 TITAN KS, FAB/MOD 2008/2008, COR AZUL, CHASSI 9C2KC08108R165745, RENAVAM 0019227077-0, REGISTRADO EM NOME DE CLAUDINAI MONTEIRO DE ARAÚJO, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO MIMOSO EM UMA ESTRADA VICINAL O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E SE COLIDIU CONTRA UMA CERCA DE UMA PROPRIEDADE; QUE O NÓTICIANTE DESMAIOU E FOI SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE PAULISTA/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 28 de Dezembro de 2017. Às 09:00 horas.

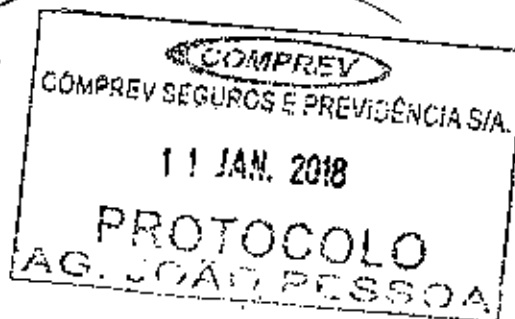
Rodolfo Linhares da Silva
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

OTIMIZADO

Boletim de ocorrência



54 ALB
192

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Intervenção: Realizado Protocolo de Imobilização do APH com colar cervical + Prancha rígida + Colar de latex + Ext. articular

Monitorização dos SSUV,
administrados de venoclise + medicação e PM Ach
nasal 401 mm.

Qdo chegamos no QTH, encontramos a vítima por lá, com de-
cúbito dorsal, sem capacidade, consciente, confuso, desobedi-
cente, agitado, escarificações pelo corpo, ferimentos exten-
sivos, calosidades, úlceras que necessitam de tratamento, pupilas
isocóricas e pequenas, pele seca, mucosas cor-de-rosa, náuseas,
vômitos, repulsa, incontinência.

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	11 JAN. 2018	PROTÓCOLO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 ml		
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%			
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%			
OUTRO			

40x100, HGT: 226, FC: 85, SPH: 981. Em coraleto, p... central
sem meche, sem nival no cabelo em oblique, segredo o meto-
culo de APH + O2 via cateter nasal. A.k.n.w - requires b.m. ard as

ENFERMEIRO:

COREN:

EQUIPE

EC. ENFER

LOCAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

TERMO DE RESGATA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO:

NOME DO RECEPTOR:

FUNÇÃO:

ASSINATURA DO RECEPTOR:

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: 08/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO LINHARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04917

CONTA: 000000010074-7

Nr. da Autenticação DBC2390C04C0E7B2

CARMEN LUCIA PEREIRA DA SILVA
SIT. MANDU, S/N - AREA RURAL
MANDU / PB CEP: 58890000 (AG: 237)

energisa

Enfiteuse: 23/11/2017 Referência: Nov / 2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classo/Subcl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO Km 25 - Córrego Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680

Retido: 13 - 243 - 801 - 3950

Nº medidor: 00003283273

CNPJ: 09.095.109/0001-40 - Ins. Est. 16.015.825-0

Atividade Fiscal / Cota de Energia Elétrica: 0001.022.374

Cód. para Dts. Atendimento: 00014525927

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANT
Nov / 2017	23/11/2017	21/12/2017	6160290479 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1452592-7

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRADO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE ANORA NÃO FEZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÃO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 20/11/2017 PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL. SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDA, CONSULTAR O SITE WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512.1231.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/10/17	Letura 11587	Data 23/11/17	Letura 11778	214

Demonstrativo

CDI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat.	Ativ. Icms (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Base Calc. COFINS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Base Calc. COFINS (R\$)
0901	Consumo em kWh	214,006	0,374380	80,05	0,00	0	0,00	80,05	1,07	4,20
0901	Adc. E Verificação			10,75	0,00	0	0,00	10,75	0,14	0,55
0610	Subsídio			34,30	0,00	0	0,00	34,30	0,45	2,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0904	JUROS DE MORA 08/2017			1,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 08/2017			1,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 09/2017			1,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0900	Devolução Subsídio			-31,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	09,07	0,00	0,00	129,10	1,69	7,85
--------------------------------------	-------	-------	------	------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)

137

VENCIMENTO

30/11/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,07

Histórico de Consumo (kWh)

225	210	219	160	178	230	215	227	190	175	165	175
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVADO AO FISCO

e66c.5191.6d6a.b75b.5cb7.67ab.e1b4.0f7c.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Bi Mensal

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,30	5,34	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	27,81		
DIG ANUAL	45,22		CONTRATADA 207
FIC MENSAL	7,24	1,00	
FIC TRIMESTRAL	15,48		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	30,98		
DIG M	8,19	5,34	
DIG A	16,90		

Composição do Consumo

Determinação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PD	28,21	29,48
Consumo de Energia	42,20	42,60
Serviço de Transmissão	4,48	4,52
Encargos Sociais	8,09	8,17
Impostos Diretos e Encargos	15,02	15,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	99,07	100,00

Valor do EUSD (Ref. 3/2017) R\$ 23,40

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso o(s) faturado(s) não seja(m) recebido(s) dentro do prazo em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/12/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas ainda não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento do(s) faturado(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Suspensão DEC. 7 05/11/13 R\$ 31,75 Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/17 91,20

energisa PARAIBA
Retido: 13-243-801-3950
Medição: 1452592-2017-11-6

VENCIMENTO
30/11/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 99,07

1452592-2017-9 11600243019-1



Comprovante de residência



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. 1030-07000A



Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** 7871

Pág. 001 de 002



CTC RECIFE PE PL7

TARCISIO E P OLIVEI
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101
CENTRO
58840-000 POMBAL - PB

Comprovante de residência



Vencimento:
05/12/2017

- Atenção:**
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
 - Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 78,70. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:	Pagamento mínimo: (1)	Pagamento parcelado: (2)
R\$ 936,13	R\$ 140,42	ENTRADA 92,16 +23X 92,12

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamento anteriores lançadas nesta fatura, caso exista.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 92,16 - CET 200,20% a.a.). Se você parcelar parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada neste mês contém o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelasufatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$	936,13
Saldo convertido - R\$	0,00
Total da fatura - R\$	936,13

> Resumo em Real

Saldo anterior	454,32
Pagamentos/Créditos	- 454,32
Compras/Débitos	936,13
Saldo - R\$	936,13
Saldo parcelado faturas futuras	1,330

> Resumo em Dólar

Compras/Saques	0,00
Outros débitos	0,00
Créditos	0,00
Saldo atual - US\$	0,00
Taxa de conversão	0,0000
Saldo convertido - R\$	0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF	
- Retiradas o uso do limite de crédito rotativo	0,00
Encargos	
- Retiradas na função crédito	0,00
- Uso do limite de crédito rotativo	0,00

> Limites

Total para transação à vista	2.712
Saques (incluído no total transação à vista)	2.712
Total para transações parceladas	0
Crédito	11.473

Consulte seus limites disponíveis, acesse: www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Livelo

21.11.201

7544

Consulte pontos a prescrever e saldo atual:
- cartões eletrônicos: Ponto pra Você® Prog. Recompensas.
- Internet: Ponto pra Você® Dem. Acum. Pontos.
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você® Dem. Acum. Pontos.

> Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,89	9,89
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sítios hospedados fora do Brasil.

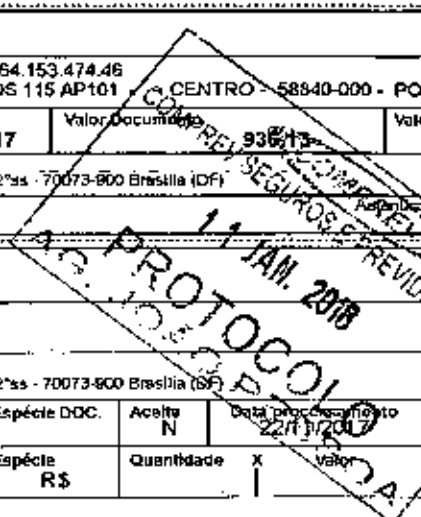
> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,89	210,09	0,38	0,0082	224,19
Parcelado administradora ³	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,40	135,53	0,38	0,0082	137,38

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeita a atualização pelo o próximo período. Para clientes que aderirem ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito do rotativo e saques Brasil será de 15,60% ao mês, CET 409,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado de incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.
3 - Taxa de juros anuais e atualizações. Em caso de dúvida, consulte a Central de Atendimento BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-creditados do Banco do Brasil.
Obs.: Taxa de Saque: R\$ 8,00 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL	001-9				
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP TARCISIO E P OLIVEI - CPF 064.153.474.46					
Rua DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB					
Sacador / Avalista					
Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago	
000000000074489694		05/12/2017	936,13		
Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed.Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)					
Agência / Código do Beneficiário 4700-7 31027-91-10-9					

BANCO DO BRASIL	001-9				
Local de Pagamento					
Pagável em qualquer banco até o vencimento					
Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed.Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)					
Data do documento 22/11/2017	Nº do documento	Especie DOC.	Acerto N	Data de Vencimento 05/12/2017	Agência / Código do Beneficiário 4700-7 31027-91-10-9
Uso do Banco	Carteira 66	Especie R\$	Quantidade X	Valor 936,13	Nosso Número 000000000074489694
Informações de responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto / Abatimento
O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO, PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELSUAFAFATURA. NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Pago
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP TARCISIO E P OLIVEI - CPF 064.153.474.46					
Rua DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB					
Sacador / Avalista					





CTC RECIFE PE 17

TARCISIO E P OLIVEI
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101
CENTRO
58840-000 POMBAL - PB



7213195069238100000001030530241117

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** 7871

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 21/12/2017

Pag. 001 de 002

Vencimento:
05/12/2017

Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 78,70. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ 936,13

Pagamento mínimo: (1)

R\$ 140,42

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 92,16
+23X 92,12

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso exista.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 92,16 - CET 200,70% a.a.). Se você parcelar parcelamentos anteriores, a mensalidade que será cobrada neste mês conterá o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelasufatura, procure um caixa eletrônico ou vá ao site Central Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ 936,13
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 936,13

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
- Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 0,00
Encargos
- Retiradas na função crédito 0,00
- Uso do limite de crédito rotativo 0,00

> Encargos Financeiros

1 2
Crédito Rotativo 9,89 9,89
Crédito Parcelado 9,30 9,30
Juros de mora 1,00 1,00
Multas por atraso 2,00 2,00
1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximos para o próximo período - % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Resumo em Real

Saldo anterior 454,32
Pagamentos/Créditos - 454,32
Compras/Débitos 936,13
Saldo - R\$ 936,13
Saldo parcelado 1.330
faturas futuras

> Limites

Total para transação à vista 2.712
Saques (incluído no total transação à vista) 2.712
Total para transações parceladas 0
Crédito 11.473

> Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

> Ponto pra Você/Liveio

21.11.201 7544
Consulte pontos a prescrever e saldo atual:
- caixas eletrônicas: Ponto pra Você > Prog. Recompensas
- Internet: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Débito (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,89	210,09	0,38	0,0082	224,19
Parcelado administradora ²	9,30	180,89	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,40	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações para o próximo período. Para clientes que aderiram ao parcelamento BOMPRATODOS, a taxa de crédito rotativo e saques Brasil será de 15,60% ao mês, CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado da incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Débito projetado para o período de um ano.
3 - Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dívidas, consulte a Central de Atendimento BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-correntistas do Banco do Brasil.
Obs.: Tarifa de Saque: R\$ 5,00 por saque. Tarifa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL	001-9				
Nome do Pagador / CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP TARCISIO E P OLIVEI - CPF 064.153.474.46 RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB					
Assinatura / Avalista					
Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago	
000000000074489694		05/12/2017	936,13		
Nome do Beneficiário / CPF/CNPJ/Endereço Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/000001-91 - SCS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed. Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)					
Agência / Código do Beneficiário 4700-7 31027-91-10-9					

BANCO DO BRASIL	001-9				
Local de Pagamento					
Pagável em qualquer banco até o vencimento					
Nome do Beneficiário / CPF/CNPJ/Endereço Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/000001-91 - SCS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed. Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)					
Agência / Código do Beneficiário 4700-7 31027-91-10-9					
Data do documento	Nº do documento	Espécie DOC.	Acerto	Data processamento	Nosso Número
22/11/2017			N	22/11/2017	000000000074489694
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(*) Valor Documento
	66	R\$	X		936,13
Informações de responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto / Abatimento
O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO, PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELESUA FATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Pago
Nome do Pagador / CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP TARCISIO E P OLIVEI - CPF 064.153.474.46 RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB					
Assinatura / Avalista					



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.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 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**²

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 LAÍSIO EMERSON PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.153.474, 46
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODOLFO LIMAQUES DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 120.445.884, 71 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
RODOLFO LIMAQUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.445.884, 71, 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-OPVAT, 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 RUA DOMINGOS DE MENEZES		Número 115	Complemento APT 101
Cidade CENTRO	Cidade POMBAL	Estado RJ	CEP 28.840-000
E-mail T.ENERTON@GMAIL.COM		Telefone comercial(DDD) -	Telefone celular(DDD) (83) 99900 0530

POMBAL, 02 de JANEIRO de 2018

Teodoro Ernesto Pereira Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante:





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.260/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Roberto Pinheiro da Silva

COR: B

DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1973

IDADE: 25

SEXO: M

NOME DA MÃE: Paula Pinheiro da Silva

PROFISSÃO: Agricultor

CARTÃO DO SUS: _____

RG/CNH: 3802119

MUNICÍPIO: Paulista

ENDEREÇO: St - Amozó

ESTADO: PB

CEP: _____

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____

DATA DE ATEND.: 25/01/17

SINAIS VITAIS:

PA: 110/70 mmHg

SPD: 75%

FC: 80 bpm

R: _____

HGT: 1,70 m

T: _____

PESO: _____

GESTANTE: () SIM () NÃO

SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM (X) NÃO

SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente masculino, 25 anos, com queixa de dor abdominal há 12h, dor tipo cólica, localizada no quadrante inferior direito, com irradiação para a região inguinal. Não há febre, vômito ou diarreia. Exame físico: em bom estado geral, hidratado, normotenso, normofrequente. Ausculta: ruídos intestinais presentes. Percussão: sem sinais de irritação peritoneal. Reto: sem sangue ou muco.

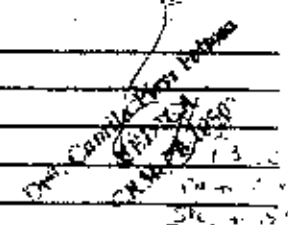
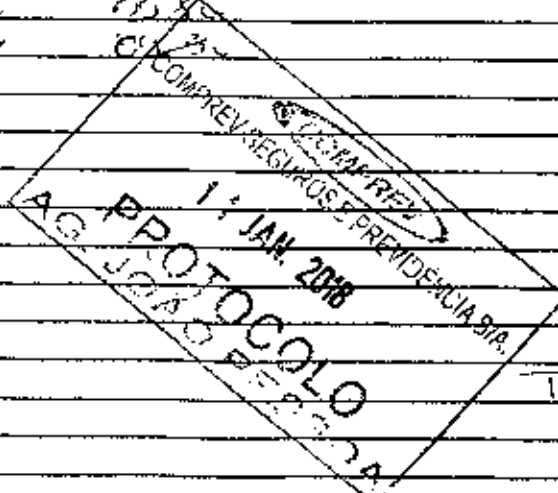
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Exame físico, hemograma, urina, fezes

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Cloridrato de morfina 10mg EV SF 2F
- 2° Cloridrato de morfina 10mg VO
- 3° Paracetamol 1g VO 4x
- 4° Metoclopramida 10mg VO 3x
- 5° Cloridrato de morfina 10mg EV
- 6° Paracetamol 1g VO 4x
- 7° _____
- 8° _____
- 9° _____
- 10° _____
- 11° _____
- 12° _____
- 13° _____
- 14° _____
- 15° _____
- 16° _____
- 17° _____
- 18° _____
- 19° _____
- 20° _____



SSM: 110
PA: 110/70
FC: 80
RE: 91
HGT: 1,70 m

Tarefa: Atendimento
606140

"SENADOR RUI CARNEIRO"



trauma (Studente sei mal)

S 45: Pel viras da sua curvatura máxima de acidente de - do com
PA = 170 x 10, 167 = 130 - por/dl. SPO₂ = 99% FC = 71 bpm, aumento de color
representando paturs de guerra, foi analisado por Dr. Felipe Rocha
frente medição por oximetria, RX e segue esperando transf.
pct anota no ve em EGE.

4.00 et Transf. para Computo Grande com uso/salu/usi em EGE.

ASS./COREN: *[Signature]* coun 35f 340

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMIENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- | | |
|--|--|
| | 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA; |
| | 02 - PRIMEIRA CONSULTA; |
| | 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE; |
| | 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; |
| | 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA; |
| | 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); |
| | 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA; |
| | 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; |
| | 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE. |

MEDICAÇÃO:

- | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| ☐ | 1 - PRESCRIÇÃO | ☐ | OBSERVAÇÃO |
| ☐ | 2 - APLICADA | ☐ | OUTRO HOSPITAL |

ENCAMINHAMENTO:

- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| ☐ | RESIDÊNCIA | ☐ | INTERNAÇÃO |
| ☐ | ÓBITO | ☐ | OUTROS |

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0204060029	22	51	22	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE E ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome: _____

Encaminhamento

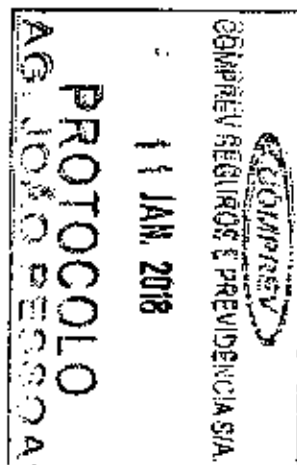
*Atividade física limitada -
M. Simas, 25 anos, citiano
de origem mineira, polibromatado,
consciente, orientado, anamne.*

*HC: - queixas de dor - dor de
cabeça e de membros
e problemas urinários
relacionados a hipertensão
e diabetes mellitus.
- focos de dor no abdômen
inferior (BA) (3Q)*

Data: _____

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"



- *Leucos Volcanaria* no
Carinosa Valenciana
- *Hamulus* *exilis* - *exil*
No alho. Corrida mais
comuns. Frando - *harit*
C. *Hamulus* 11/12/1999.
No com 16 1,4m, *Hamulus*
Julio. Contatos com *Hamulus*
no 10/10/1999.
- *Hamulus* *exilis* *Hamulus*
Visto no 10/10/1999, por *Hamulus*
Carinosa *Hamulus*.

Soluto *Hamulus* em
Linha no *Hamulus* *Hamulus*

Drº Felipe Rocha
Médico
CRM-PB 8009



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Pedro Lino Lins da Silva		
End:	Sítio Minerva	Bairro:	Rural
Data de Nascimento:	08-02-1993	Documento de Identificação:	Paulista - PB
Queixa:	A. mte	Data do Atend.:	25.10.17
Acidente de trabalho?	() Sim	Hora:	17:00
	() Não	Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:						
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

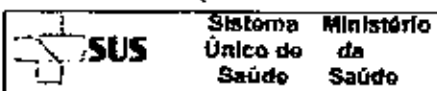
MOD. 110

070001000
Lins da Silva
Atendimento imediato
Atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Data da internação: 25/10/2017 Hora: 17:08:31



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

RODOLFO LINHARES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1530670

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/02/1993

9 - SEXO

Masculino ☒ Femenino ☐Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DE TELEFONE

83

12 - ENDEÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO MIMOSO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Paulista

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251090

15 - UF

PB

16 - CEP

58860000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de queda de moto com TCE
s/ lesões na cabeça, s/ cefaléia

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TCE

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC de crânio. HED (hemorragia) s/ coágulo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

21 - CID-10 PRINCIPAL

22 - CID-10 SECUNDÁRIO

23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TCE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NAC

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

132537998900008

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ALEXANDRE MAGNO DA NOBREGA MARINHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/10/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Alexandre Magno da Nobrega Marinho

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

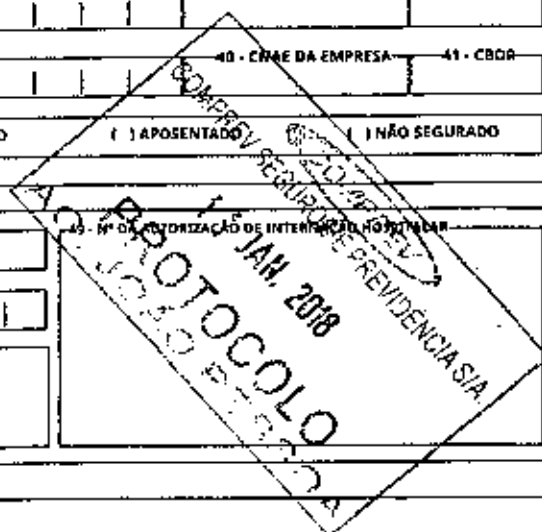
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

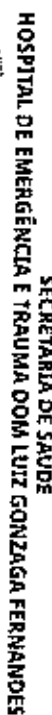
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





PRONT (B.E) Nº:1530668 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

SILVA **217**

!nup!nup!

Bairro: ZONA RURAL

20-2

Profil SSD:

CNS:363636363333

CONVENIO: SUS

Especialidade:

[illegible]

1. Aghafo
2. Aghvach
3. Aghvaz
4. Aghvaz
5. Aghvaz
6. Der
7. Elenaz
8. Elenaz
9. Elenaz
10. Elenaz
11. Elenaz
12. Elenaz
13. Elenaz
14. Elenaz
15. Elenaz
16. Elenaz
17. Elenaz
18. Elenaz
19. Elenaz
20. Elenaz
21. Elenaz
22. Elenaz
23. Elenaz
24. Elenaz
25. Elenaz
26. Elenaz
27. Elenaz
28. Elenaz
29. Elenaz
30. Elenaz
31. Elenaz
32. Elenaz
33. Elenaz
34. Elenaz
35. Elenaz

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

- <http://10.1.1.148/fuopelivteqfilmp1eleq11cra.php?contat=1530668>

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

MEDICAMENTOS:

EXAMME F151CC

PUPILAS
i.7

glasgow

P

HGT

Satz 2

EXAMES SOLICITADOS

- () Gasometria arterial
- () Tomografia Computorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Nº
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

100

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

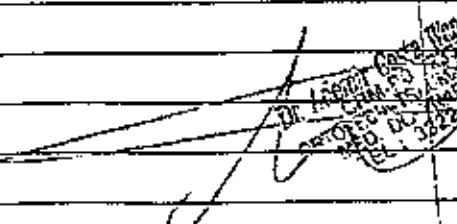


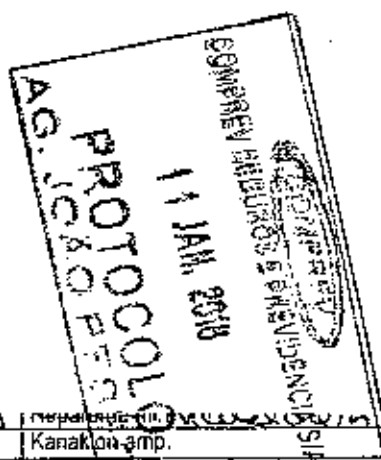
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO[illegible]



Nome do Paciente <i>Roberto Linhares da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>12.11.2017</i>	Enf. <i>(1)</i>	Leito	
Operador <i>Dr. Alexandre W.</i>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr. Felipe</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Lesão no Pêlo distal</i>			
Tipo de Operação <i>Redução + Sutura per. Anterior</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Do Pêlo distal</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Do Pêlo</i>			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Paciente, Adm. Anestesia 2) Sutura e Sutura de Pêlo 3) Anestesia e Antissepsia do M.S.C. 4) Colheita de Pêlo, Sutura 5) Redução da Abertura 6) Sutura da OZ, Sutura de Pêlo 7) Sutura de Pêlo 8) Sutura de Pêlo	
	



01	Kanakon amp.	015	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
01	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotiazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
02	Plasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
02	Prelaminz.		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	02	SE para limpeza
	Stupitanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica	02	Flu Stomach 2.5 ml
01	Kidocelina 27.5/1		Sonda Uretral nº		
02	Norcelina 0.15/1		Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Old.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
02	Agulha desc. 25x7 40x12		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	8 Velxodes		
	Agulha p/ raque nº	00	8x10 v-		
015	Alcool de Enfermagem				
	Alcool iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 15				
02	Ataduras de Gessada 15				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

- EQUIPAMENTOS**
- (✓) Oxímetro de Pulso
 - () Serra
 - () Desfibrilador
 - () Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - (✓) Foco Auxiliar
 - (✓) Eletrocautério
 - () Oxícapnógrafo
 - (✓) Cardiomonitor
 - () Perfurador Elétrico

Manoel CARLOS RESPONSÁVEL

MCS T.E.C. ENFERMAGEM COREN-PB 32851



Dr. Eduardo Chagas Carvalho

CRM-PB 5638

educhagascarvalho@hotmail.com



Atendimento Domiciliar
Cel.: (33) 99951-6666

Laudo Médico:

Atento para fins de perícia que o paciente Ricardo Linhares da Silva, vítima de acidente em 25 de outubro de 2017, foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura no osso espinhal C6/C7 (cervical esquerda) em novembro de 2017. No momento fratura consolidada. Material bem posicionado. Paciente satisfeito com resultado. O mesmo também encontra-se regular de TCE graças ao atendimento cirúrgico ortomédico.

CIU LV: 552.5
Sub.

Eduardo Chagas
Dr. Eduardo Chagas Carvalho
Médico do Trabalho - Clínica Médica
CRM-PB 5638

15/02/2018

ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS:

Ortoclin
Rua: C. C. da Silva, 235 - Centro
64.135-140 - São Paulo - PB

Odontomedic ClinLab
Rua: Lúcio da Silva, 107 - Centro
64.135-140 - São Paulo - PB

Av. Verdade Neta, 556 - Centro
64.135-140 - São Paulo - PB

- Tratamento das doenças do envelhecimento
- Medicina do trabalho





Paciente: RODOLFO LINHARES DA SILVA
Nº do Paciente: 17000080293
Data de Nascimento: 08/02/1993
Solicitante: Dra. Camila Pires Feitosa
Data do Exame: 25/10/2017
Nº do Exame:
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE Grave:

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Fratura fronto-parietal esquerda, com afundamento de fragmentos parietais posteriores e alargamento da sutura sagital (topografia do seio venoso).

Fratura parietal lateral esquerda.

Hematoma extra-axial na alta convexidade craniana fronto-parietal esquerda, com espessura de cerca de 1,4 cm, apagando sulcos corticais correspondentes.

Focos hemorrágicos no parênquima parietal posterior esquerdo.

Hematomas intraparenquimatosos basofrontais, por provável contragolpe.

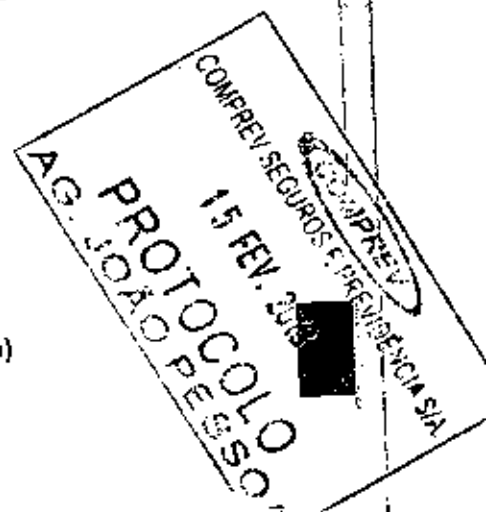
Redução volumétrica das cavidades ventriculares supratentoriais.

Apagamento difuso dos sulcos corticais.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Cerebelo anatômico.

Rua Cel. Carneiro, 368 - Centro (Ao lado da Prefeitura)
Fone: (83) 3431.2020 • 99989.0097 • Pombal-PB





CONCLUSÃO:

Fratura fronto-parietal esquerda, com afundamento de fragmentos parietais posteriores e alargamento da sutura sagital (topografia do seio venoso).

Fratura parietal lateral esquerda.

Hematoma extra-axial na alta convexidade craniana fronto-parietal esquerda, com espessura de cerca de 1,4 cm, apagando sulcos corticais correspondentes.

Focos hemorrágicos no parênquima parietal posterior esquerdo.

Hematomas intraparenquimatosos basofrontais, por provável contragolpe.

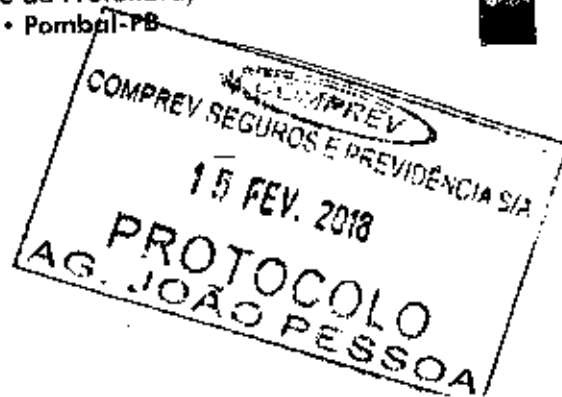
Sinais de hipertensão intracraniana.

Raquel Tavares

Assinado Eletronicamente por: Dra Raquel Tavares CRM 52-78160-6 RJ
| Médico-radiologista RQE 26853-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica
Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 25/10/2017
10:50:11 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de caráter identificável que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrição e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser utilizadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório fica sob a disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Rua Cel. Carneiro, 368 - Centro (Ao lado da Prefeitura)
Fone: (83) 3431.2020 • 99989.0097 • Pombal-PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.105

Tarcisio Ewerton Pereira Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

064.153.474-46

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

22/05/1987

Documentos de identificação



VALE EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOVO TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
R.A. Francisco da Silva Oliveira
Maria do Socorro Pereira Oliveira
Pombal-PB

22-05-1987

Cert. Has. N.º 20.873, Fls. 88v. 11v. A-20

ASSINATURA DO CUSTÓDI

DATA DE EMISSÃO

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DEZ/2003

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2018

PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



3r dos
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013880/18
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA
CPF: 120.445.884-71

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/10/2017
Titular do CPF: RODOLFO LINHARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2018
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034979 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE E TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034979 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE E TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034979 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTO-PARIETAL À ESQUERDA E HEMATOMA EXTRA-AXIAL FRONTO-PARIETAL À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DOR ARTICULAR DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-25°) E DESVIO ULNAR (ADM 0-10°) DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO PUNHO E SINAIS DE SINOVITE COM EDEMA (1+/4+) NO PUNHO, APRESENTA LETARGIA IMPORTANTE, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS (PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA) E DEFICIT DE EQUILÍBRIO DURANTE A MARCHA. AFIRMA FAZER USO DE MEDICAÇÃO ANTICONVULSIVANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO COM USO DE 2 FIOS DE KIRSCHNER 2,5 MM. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO PERMANECENDO POR UM PERÍODO DE 12 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA O PUNHO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

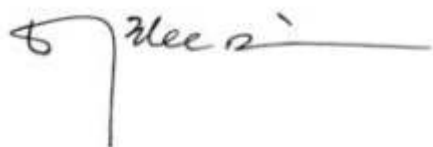
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Rodolfo Linhares da Silva
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 3.808.119
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 05/11/2009
Nº CPF: 120.445.884-71 **ENDEREÇO:** Sítio Mimoso, s/n,
Zona Rural, Paulista - PB.

OUTORGADO: TARCÍSIO EMERTON PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2858545
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 21/02/2001
Nº CPF: 064.153.474-46 **ENDEREÇO:** Rua Domingos de Medeiros,
Nº 115, Centro, Pombal - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Rodolfo Linhares da Silva, 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.

Paulista - PB, 02 de JANEIRO de 20 18

Rodolfo Linhares da Silva.
Assinatura

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

FAL FRANCISCO MARTINS LOPES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR - OFÍCIO ÚNICO
O Mirlo Almeida Martins - Titular O Saturnino de Almeida Martins - 1º Substituto
R. João Pessoa, 221 - Centro - CEP: 55500-000 - Paulista/PB - F: (35) 3445-1397 - 99978-1992 - cnpj: 06.949.641/0001-01
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
RODOLFO LINHARES DA SILVA - CONTEÚDO
Assinatura de Rodolfo Linhares da Silva
Selo Digital de SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital de FRANCISCO MARTINS LOPES
Selo Digital de RODOLFO LINHARES DA SILVA

Consulte a Autenticidade:
<https://selodigital.tpbjus>
Selo digital nº AGF 93874-MYJL



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RODOLFO LINHARES DA SILVA** Sinistro: **3180034979** Data: **25/10/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MIMOSO, S/N - ZONA RURAL - Paulista - PB - CEP 58860000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3808119**

Data local do exame: [**02/03/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTO-PARIETAL À ESQUERDA E HEMATOMA EXTRA-AXIAL FRONTO-PARIETAL À ESQUERDA. REFERE DOR ARTICULAR DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-25°) E DESVIO ULNAR (ADM 0-10°) DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO PUNHO E SINAIS DE SINOVITE COM EDEMA (1+/4+) NO PUNHO. APRESENTA LETARGIA IMPORTANTE, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS (PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA) E DEFICIT DE EQUILÍBRIO DURANTE A MARCHA. AFIRMA FAZER USO DE MEDICAÇÃO ANTICONVULSIVANTE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO COM USO DE 2 FIOS DE KIRSCHNER 2,5 MM. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO PERMANECENDO POR UM PERÍODO DE 12 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA O PUNHO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico, Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034979 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTO-PARIETAL À ESQUERDA E HEMATOMA EXTRA-AXIAL FRONTO-PARIETAL À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DOR ARTICULAR DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-25°) E DESVIO ULNAR (ADM 0-10°) DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A EXTENSÃO (GRAU II) DO PUNHO E SINAIS DE SINOVITE COM EDEMA (1+/4+) NO PUNHO, APRESENTA LETARGIA IMPORTANTE, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS (PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA) E DEFICIT DE EQUILÍBRIO DURANTE A MARCHA. AFIRMA FAZER USO DE MEDICAÇÃO ANTICONVULSIVANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO COM USO DE 2 FIOS DE KIRSCHNER 2,5 MM. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO PERMANECENDO POR UM PERÍODO DE 12 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA O PUNHO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

