
Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554005

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554005

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000058218-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 088.964.554-05 Nome completo da vítima: Benilson Trindade Rediguen

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

Nome completo: Benilson Trindade Rediguen CPF: 088.964.554-05

Profissão: Recebeu-se Endereço: Rua Relvado Perna Número: 43 Complemento: _____

Bairro: entre Cidade: Salvador Estado: BA CEP: 58225000

E-mail: ccf.caron@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Operação - 013

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58218

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Salvador - BA, 26/09/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Benilson Trindade Rediguen

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

Walter Roberto

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

VALIDADE
10/24



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 68 /2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO



COMUNICANTE: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **ESTADO CIVIL:** CASADO **NATURALIDADE:** SOLÂNEA-PB **PROFISSÃO:** AGRICULTOR **DATA DE NASCIMENTO:** 02/02/1980 **IDADE:** 38 ANOS **RG:** 3.183675 SSP/PB **CPF:** 088.964.554-05 **FILIAÇÃO:** VALDERY PIRES RODRIGUES E MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES **ENDEREÇO:** RUA SANTA LUZIA, Nº. 136, BAIXIO, SOLÂNEA-PB. **TELEFONE:** 83-99173-3961 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 28/01/2018 **LOCAL DO FATO:** SOLÂNEA-PB.

NARRATIVA: LENILSON TRINDADE RODRIGUES AFIRMA QUE NO DIA 28/01/2018 POR VOLTA DE 01:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 110 DE PLACA QFP-6736/PB DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR, PELA CIDADE DE SOLÂNEA-PB, NAS PROXIMIDADES DO MERCADINHO LUIZINHO, AO FREAR BRUSCAMENTE O VEÍCULO QUE CONDUZIA PARA NÃO CAIR EM UM BURACO QUE HAVIA NA RUA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 04:18H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA BILATERAL DOS CONDILOS MANDIBULARES CID 10 S 02.6, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DR JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM: 2329/PB, ORA APRESENTADO. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018

Vanildo
Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

Lenilson Trindade Rodrigues



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	088.964.554-05	Benilson Trindade Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Benilson Trindade Rodrigues	088.964.554-05	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebeu - R	Rua Relvado Perna	43
Bairro:	Cidade:	Estado:
entre	Salvador	BA
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ccf.caron@gmail.com	58225000	83-98849-5530

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Openbank - 013
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58218

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
	Vivos: _____	Falecidos: _____
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Salvador - BA, 26/09/2019

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Benilson Trindade Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adilson Luiz de Queiroz
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**SAMU
192**



Prefeitura Municipal de Solânea
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



**SAMU
192**

TRAUMA
Acidente / Dança
em:

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data <u>28/11/18</u>	Ocorrência Nº <u>9469190</u>	Paciente / Usuário <u>Danielson Trindade Rodrigues</u>	Idade <u>38</u>	Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.
Local da Ocorrência <u>Hospital Distrital de Solânea</u>		Bairro <u>Centro</u>	Médico Regulador <u>Guilherme</u>	
Apelo no Local ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ Outro:				
OTA ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro:				
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO				
TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)			- ANTECEDENTES	
☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☒ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DE: <u>H.D.S.</u> ☐ OUTRO CINEMÁTICA:			MEDICAMENTOS PATOLOGIA(S) ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO VACINAS	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO

Local 01: Trauma 88

Responsável:

Alberto Barros Araújo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10205

Função:

médico

Local 02:

Responsável:

Função:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

Vinda de vítima de moto, alcoolizada, com trauma de tórax, fratura de
mandíbula e ferimentos com contusão na linha ossea e platô tibial. C.O.
Glicemia 15, Evoluções, exames, C.O. Superf. Auscultas - Examinados para o tipo
DADOS VITAIS de Trauma de AP.

VVAA: Livre ☒ Obstruída RESPIRAÇÃO ☐ > 30 ipm ☒ < 30 ipm PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente PAS ☒ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg
PA 150/100 FC 88 FR 18 GLICEMIA: 122 F. Coma: 15 SpO2 a/02: 99% SpO2 c/02:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Última de queda de moto, alcoolizada, com trauma de tórax, fratura de
mandíbula e ferimentos com contusão na linha ossea e platô tibial. C.O.
Glicemia 15, Evoluções, exames, C.O. Superf. Auscultas - Examinados para o tipo
DADOS VITAIS de Trauma de AP.

MÉDICO: Rômulo CRM: 1353 ENFERMEIRO: Vanessa COREN: 246456
CONDUTOR: 308

RECUSA:

NOME:

R.G.

ASSINATURA

TESTEMUNHA

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: ☐ RG / ☐ CPF / ☐ TÍTULO DE ELEITOR / ☐ HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / ☐ OUTRO: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MARCA: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: ☐ MASTER CARD / ☐ VISA / ☐ AMERICAN EXPRESS / ☐ HIPER / ☐ OUTRO: _____

CARTÃO DE BANCO: ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 NOMES: _____

TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR: R\$: _____

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____ / ANÉIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	UL
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 Unid.)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
DIPIRONA 1g		ÁLCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	X
DICLOFENAC 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G	
PUROSEMIDA		JELCO N° 14	
CAPITOPRIL 25 mg		JELCO N° 16	
AAS 100 mg		JELCO N° 18	
SORDIL 5 mg		JELCO N° 20	
METOCLOPRAMIDA	01	JELCO N° 22	
HIIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N° 24	
HIIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N° 23	
PRATRÓPICO GOTAS		SCALP N° 25	
FENOTEROL GOTAS		GARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIODARONA		ESPARADRAPO	
TERRUTALINA		MÁSCARA DESCARTÁVEL	UL
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL N° 7,5	
		LUVA ESTÉRIL N° 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	X
		OUTROS:	
		Seringa 5 ml	03
		compressa esteril (pacote)	03

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que foi prestado atendimento PRÉ- HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea- PB, a vítima Joemilson Trindade Rodrigues portador do RG 3383675 na cidade de Solânea - PB e transferido para o Hospital de Trauma na cidade João Pessoa no dia 28 de 02 de 2018

Solânea, 29/04/2019


Vanessa Silva
Enfermeira
COREN-PB 246.456



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE

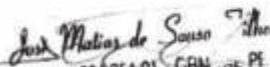
o trabalho

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LENILSON TRINDADE RODRIGUES, foi atendida nesta Unidade de Saúde, no dia 28/01/2018, vítima de acidente de moto apresentando traumatismo de face + fratura da mandíbula. CID: S00.9 + S 02.6.

Solânea – PB., 02 de Maio de 2019.


CPF 044.504.854-91 - CRM 116.161

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: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000058218-1

Nr. da Autenticação 27B6FD99344BF95A

MARIA NASARE AVELINO DA SILVA
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO
SOLANEA / PB CEP: 58225000 (A3-44)



LG4330 MONOFÁSICO
Chave: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 10-44-70-4950 Referência: Set / 2019
Medidor: 00001127408 Emissão: 17/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230 Km 25 - Chato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600
CNPJ 08.095.105/0001-40 Ins. Est. 16.015.6762

Nota Fiscal / Conta de Energia: 550134701 194 407
Cód. para Dts Automático: 0000072352

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	081.767.934-40 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/307235-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 16/08/19	Leitura 13333	Data 17/09/19	Leitura 13387	
			54	32

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alc	Impostos	Base Calc	Porção	Contribuição
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,185360	5,56	0,00	0,00	5,56	0,09	0,25
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	24,000	0,305640	7,34	0,00	0,00	7,34	0,23	0,37
0601	Adic. B Vermeja	1,04	0,00	0,00	0,00	0,00	1,04	0,01	0,05
0610	Subsídio			17,56	0,00	0,00	17,56	0,17	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0608	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 08/2019			0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0609	Devolução Subsídio			-16,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do tom TOTAL 23,52 0,00 0,00 23,52 0,25 0,19
Tarifa de Transmissão: 0,185360 Alc 100 kWh 0,317340

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68	06/10/2019	R\$ 23,52

Histórico de Consumo (kWh)

60	59	78	68	71	61	70	65	74	57	52	40
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCAL

1a6a.00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.

Indicadores de Qualidade 7/2019 - BUAERAT

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGITAL	6,31	0,00	NOMINAL 220	Serviço de Cont. de Energia PB	8,15	12,07
DIGITAL TRIMESTRAL	11,62			Controle de Energia	1,10	1,47
FIANAL	23,54			Serviço de Transmissão	1,43	1,92
FIANAL TRIMESTRAL	11,75	0,00		Procedimento de Faturamento	0,19	0,25
FIANAL	13,45		LIMITE INFERIOR 220	Impostos Diretos e Encargos	0,26	0,35
FIANAL	9,43	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	12,22		LIMITE SUPERIOR 231	Total	23,52	100,00

Valor de EUSD (Ref 7/2019) R\$ 6,66

ATENÇÃO

REAVISADO: Caso a(s) fatura(s) não tenham sido pagas, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/10/2019. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento desta conta não garante o fornecimento de energia elétrica. Caso o mesmo não seja comunicado por esta conta, a mesma não garante o fornecimento de energia elétrica. Este prazo não vale para as faturas já reavaliadas, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 16,58.
Reajuste Tarifário Vigência 28/09/19-Res ANEEL nº 2.598-Ata Tensão 4,42% Média Reajuste Tarifário Vigência 28/09/19-Res ANEEL nº 2.598-Ata Tensão 4,42% Média

Faturas em atraso

Ago/19	20,50
Jul/19	22,95

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06301.615172 9 80340000002352

PAGADOR MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 051.757.934-40
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA / PB CEP: 58225000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120008301615	000307235201909	06/10/2019	R\$ 23,52	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.133/0001-40
B-230 Km 25 - Chato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600

Agência / Código do beneficiário: 0054-5/2447-3



COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA DA
VÍTIMA!

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PROTEÇÃO S/A
26 SET, 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM: 06/05/2018

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



96419523



7211307021378224802201963130060519

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTOS S/A
26 SET. 2018
PROTOCOLADO
S. JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM: 06/05/2018

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



96419523



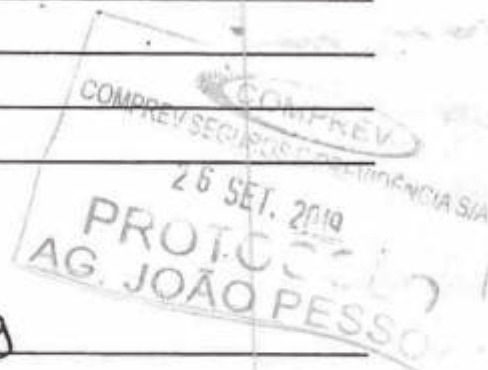
7211307021378224802201963130060519

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTOS S/A
26 SET. 2018
PROTOCOLADO
S. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,
RG nº 4273.767, data de expedição 14 / 08 / 14,
Órgão SSD5/PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,
com Domicílio na cidade de Salôma, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lício Belormine da Mota
centro nº 89, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do _____ acidente _____ ocorrido _____ com _____ a _____ vítima
Samuelson Trindade Rodrigues, cujo o condutor
era Samuelson Trindade Rodrigues.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2016
Modelo.....: Honda / POP 110I
Placa.....: RFP 6736/PB
Chassi.....: 9C2 JB 0100HR 223689
Data do acidente.: 28/01/2018



Local e data: Salôma - PB, 30/08/2019



X José Gilberto Trindade Rodrigues Júnior

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma)





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LENILSON TRINDADE RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO	02/02/80
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	106.840
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.058.716
DATA DO ATENDIMENTO	28/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	04:18
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA BILATERAL DOS CÔNDILOS MANDIBULARES
CID 10	S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma de face com fratura exposta de mandíbula e luxação de côndilo esquerdo. Ferimento corto-contuso em supercílio esquerdo, em lábio inferior e na cavidade oral. TC de face: fratura complexa de mandíbula, com luxação de côndilo esquerdo. Internação para tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula e reconstrução de assoalho da cavidade oral, com suturas dos ferimentos.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de face.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula.

ALTA HOSPITALAR:	04/02/18
DATA DA EMISSÃO:	30/05/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DA PARAIBA
Secretaria de Saúde
Hospital de Referência de Trauma e Ortopedia

GOVERNO DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1058716



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1255929	LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Masculino
Data de nascimento	Idade	Prontuário
02/02/1980	37 anos 11 meses 26 dias	
Mãe	Estado civil	Religião
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES		
Escolaridade	Pai	
	VALDERY PIRES RODRIGUES	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
83	VALDECILIA - IRMÃO(A)	
Tipo documento	DDD Fixo	Fone Fixo
RG (IDENTIDADE)		
Local de procedência	Nº Cns	
SOLANEA		
Email	Tipo	UF
	MUNICIPIO	PB
	CEOR	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58225000	SOLANEA	PE	MANOEL GOMES DE ARAUJO
Numero	Complemento		Bairro
60			BACHIO

Admissão

Data e Hora	Numero da pulseira	Convênio
28/01/2018 04:18:46	1000006175701	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Origem do paciente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RUA
		Detalhe do acidente
		QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU			
Sinais Vitais		Fuso	Temperatura
PA			

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos	Paciente vítima/ acidente moto. e/ HD: TCE + trauma / edema (?) - encaminhado ao CDI (TCE: face + crânio + coluna + Rxs + FAST); ag. AVs.: NCR/BMF; A/C CIR. GERAL; EGR; consciente, apresentando sinais/ embriaguez.					
Diagnóstico						
Atendido por	AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES					
Imprimir						
Tempo	01min 03seg					

As 05:30 Paciente foi visto pelo NCR, Haveria
queixa de dor no membro superior direito;
e sinais que sugeriam fratura do rádio.

28/01/2018 04:18



Hospital de Emergência e Trauma
Sede: Rua Rui Barbosa, 1.000 - LUCENA

GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES		BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário	
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60		Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES		Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46		Data/Hora Prescrição 28/01/2018 13:35:55		Senha
Nº Matrícula				

Anamnese

ACIDENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO TRAUMA EM FASE COM FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA + LUXACAO DE CONDILO ESQ. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR E GERAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE RESPONSIVO, EUPNEICO, SONOLENTO. AO EXAME FISICO FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA + FCC EM SUPERCILIO ESQ + LABIO INFERIOR E LINGUA (VENTRE E DORSO). CD: SOLICITO INTERNACAO + SALA EM CC PARA REDUCCAO E FIXACAO DE FRATURA DE MANDIBULA (URGENCIA)

Conduta

Internar Paciente

ANA KARINA TORMES

Ortopedia e Traumatologia

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)

LENILSON TRINDADE RODRIGUES



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES		BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				Prontuário
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60		Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46			Data/Hora Prescrição 28/01/2018 07:25:42	
Convênio 3		Nº Matrícula		Senha

anamnese

NEUROCIRURGIA

TCE. QUEDA MOTO

AO EXAME: GLASGOW 14 SONOLENTO
PUPILAS ISO
MOBILIZA 04 MEMBROS

TC CRÂNIO NORMAL
TC COLUNA CERVICAL NORMAL

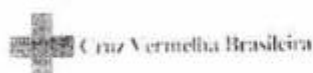
LIBERADO DO PONTO DE VISTA NEUROCIRURGICO PARA CIRURGIA BUCO

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

D. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
PB 6800
GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lutena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60			Bairro BACHIO
Município SOLANEA			UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	Nº Cons. Regional 4550/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46		Data/Hora Prescrição 28/01/2018 06:26:47	
Nº Convênio 3		Nº Matrícula	Senha

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NÃO SABE RELATAR SOBRE VÔMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, EM MACA, AFEBRIL AO TOQUE.

AO EXAME FÍSICO: FCC EM REGIÃO DE SUPERCÍLIO (E), FCC EM REGIÃO DE ASA LATERAL DE NARIZ (E), OCLUSÃO INSTÁVEL, MOVIMENTOS MANDIBULARES COMPROMETIDOS, MOBILIDADE MANDIBULAR, DESVIO MANDIBULAR PARA (E), IMPOSSIBILIDADE DE FECHAR A BOCA.

TC: OBSERVA-SE FRATURA DE MANDÍBULA, FRATURA DE PAREDE POSTERIOR + ANTERIOR DE SEIO MAXILAR (E), FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (E), CONDILO (E) FORA DA CAVIDADE GLENOIDE.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-SOLICITO HB + HT DE URGÊNCIA 3- AGUARDO LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA EM BLOCO CIRÚRGICO

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA

CID10

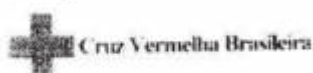
Código	Descrição
S02.0	Fratura da mandíbula

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES		BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Frontuário	
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60		Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALBERTO BARROS ARAÚJO		Nº Cons. Regional 10295/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46			Data/Hora Prescrição 28/01/2018 04:31:54	
Invenção S		Nº Matrícula		Senha

anamnese

VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA. REFERE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. SEM CAPACETE. CHEGA A ESTE SERVIÇO SEM COLAR CERVICAL. COM FERIMENTO EM FRONTE E EM LABIOS E ESCORIAÇÕES EM MEMBROS.
CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO, FACE E CERVICAL + RADIOGRAFIA DE TORAX E BACIA + FAST + AVALIAÇÕES DE NCR E BMF.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
S20.4	Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Alberto Barros Araújo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM PB 10295

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ALBERTO BARROS ARAÚJO
(CRM. 10295/PB)

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 28/01/2018 04:19:49

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES		BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				Prontuário
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60		Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO		Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46			Data/Hora Prescrição 28/01/2018 07:19:03	
Convênio S		Nº Matricula		Senha

anamnese

Paciente com fratura de mandíbula
Sem alterações em FAST e Tórax
Abdome inocente, sem sinais de irritação
Respiração espontânea, estável hemodinamicamente

cd: Alta pela cirurgia geral
Cuidados da Buco e Neuro

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Rafael de Arruda Sousa Pinto
Unidade de Emergência e Trauma
CRM: 6700/PB

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hora Classificação 28/01/2018 04:18:46		Data/Hora Prescrição 28/01/2018 13:53:38	
Convênio 3	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

ACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL PARA REDUCAO E FIXACAO DE FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA, SEM INTERCORRENCIAS. SEGUE HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL A URPA. CD: PRESCRICAO + SOLICITO TC POS OPERATORIA + SOLICITO ENFERMAGEM PARA PASSAR SNE + HIGIENE ORAL RIGOROSA.

DIETA

DIETA ENTERAL, VIA S.N.E

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

CEFTRIAXONA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 12/12H, POR 7 DIA(S)

CLINDAMICINA 600 MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR FORTE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 12,0)

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

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 8/8H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 12,0)

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CUIDADOS

SSVV + CCGG

DECUBITO ELEVADO EM 45°

HIGIENE ORAL RIGOROSA, (OBSERVAÇÕES: CONTACTAR ODONTOLOGIA HOSPITALAR)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Conduta

Internar Paciente

Boletim registrado por: AYLIA NICOLLE FERNANDES GOMES em 28/01/2018 04:19:49

Ana Karina Tormes

CRO: 5724

Cirurgia Bucinaxilofacial

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.Impresso por: OTAVIO
BRUNO GRISI LOPES DE
MENDONCA
Em: 03/02/2018 08:27:59

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 106840

EVOLUÇÃO MEDICA (OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA - 03/02/2018 08:27:53)**EVOLUÇÃO**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

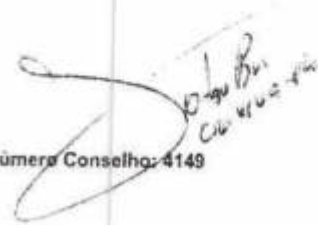
paciente no 6º dpo de fratura de mandíbula, no momento em beg, lote, afebril ao toque e sem queixas algicas, ao exame de face: edema em regressão + suturas em posição, sem sangramento residual e sem sinais de infecção + higiene bucal precária.

cd:

- 1) prescrição hospitalar
- 2) solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) alta PROGRAMADA PARA AMANHÃ

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011

Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA


Número Conselho: 4149



Clara Verônica Gonçalves



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

URPA S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 02/02/2018 10:54:40

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 02/02/2018 10:54:36)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 5º dpo de fratura de mandíbula, no momento em beg, lote, afebril ao toque e sem queixas álgicas, ao exame de face: edema em regressão + suturas em posição, sem sangramento residual e sem sinais de infecção + higiene bucal precária.

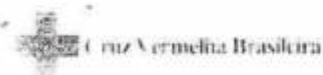
cd:

- 1) prescrição hospitalar
- 2) solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) aguardo ciclo do antimicrobiano para alta

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clárisa Barbosa Campos Galvão
Odontologia
02/02/2018



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ADRIANO
DUARTE QUINTANS
Em: 01/02/2018 09:59:55

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 106840

EVOLUÇÃO MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 01/02/2018 09:59:51)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

paciente no 4º dpo de fratura de mandíbula. no momento em beg, lote, afebril ao toque e sem queixas algicas. ao exame de face: edema em regressão + suturas em posição, sem sangramento residual e sem sinais de infecção + higiene bucal precária.

cd:

- 1)prescrição hospitalar
- 2)solicito acompanhamento da odontologia hospitalar para melhor condição de higiene.
- 3) REAVALIAR AMANHÃ A CONDIÇÃO DE ALTA.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256675 - Tel:

Impresso por: OTAVIO
BRUNO GRISI LOPES DE
MENDONCA
Em: 31/01/2018 06:25:52

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 106840	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA - 31/01/2018 06:25:48)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 3º DPO DE FRATURA DE MANDÍBULA. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, AFEBRIL AO TOQUE E SEM QUEIXAS ÁLGICAS. AO EXAME DE FACE: EDEMA EM REGRESSÃO + SUTURAS EM POSIÇÃO, SEM SANGRAMENTO RESIDUAL E SEM SINAIS DE INFECÇÃO + HIGIENE BUCAL PRECÁRIA.

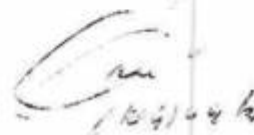
CD: 1)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

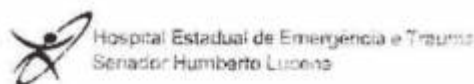
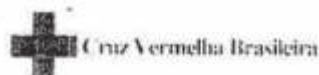
2)SOLICITO ACOMPANHAMENTO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA MELHOR CONDIÇÃO DE HIGIENE.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9011

Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA

Número Conselho: 4149


(104) 4444



URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Impresso por: OTAVIO
BRUNO GRISI LOPES DE
MENDONÇA
Em: 30/01/2018 06:46:17

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105840	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA - 30/01/2018 06:46:13)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 2º DPO DE FRATURA DE MANDÍBULA. NO MOMENTO EM BEG. LOTE, AFEBRIL AO TOQUE E SEM QUEIXAS ÁLGICAS. AO EXAME DE FACE: EDEMA CONDIZENTE COM O ESPERADO PARA O PO + SUTURAS EM POSIÇÃO, SEM SANGRAMENTO RESIDUAL E SEM SINAIS DE INFECÇÃO + HIGIENE BUCAL PRECÁRIA.

O PACIENTE REMOVEU DUAS VEZES A SNE E SE NEGA À PASSAGEM DE NOVA SNE.

CD: 1)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

2)SOLICITO ACOMPANHAMENTO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA MELHOR CONDIÇÃO DE HIGIENE.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA

Número Conselho: 4149

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.Impresso por: MARIA
ELZIMAR P M LEITE
Em: 29/01/2018 10:26:57

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058716	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 106840
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MARIA ELZIMAR P M LEITE - 29/01/2018 10:26:41)**EVOLUÇÃO**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

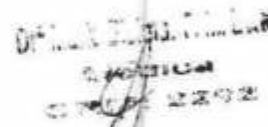
PACIENTE E. GERAL REGULAR; NO 2 DPO DE FRATURA DE mandíbula, SEGUE ESTÁVEL, NORMOCORADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. AO EXAME DE FACE OBSERVA-SE SUTURAS EM POSIÇÃO E SEM SANGRAMENTO.

CD: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE //SEM QUEIXAS

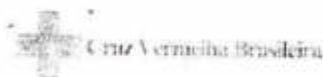
1 CON SCIENTE ORIENTADO

2 ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF // 3- ALTA DA ANESTESIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: MARIA ELZIMAR P M LEITE



Número Conselho: 2292



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: ANDRE
GUSTAVO BARBOSA LUNA
Em: 29/01/2018 07:41:10

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Boletim de Atendimento 1058715	Data/Hora Entrada 28/01/2018 04:18:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/02/1980	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 106840
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA - 29/01/2018 07:40:10)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 1 DPO DE FRATURA DE mandibula, SEGUE ESTÁVEL, NORMOCORADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. AO EXAME DE FACE OBSERVA-SE SUTURAS EM POSIÇÃO E SEM SANGRAMENTO.

CD:

1 PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

2 ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA

Número Conselho: 3040

Dr. André Gustavo B. Lima
Cirurgião Bucodentofacial
CRO 3040 - PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Andréa Tereza de Fátima BE/Prontuário: 105836
 Idade: 32 Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 22/12/2018
 Clínica/Setor: BSE EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução + fixação de fratura mandibular
 Cirurgião: Dr. João Pessoa, Dr. Marcos 1º Assistente: Dr. Marcos
 2º Assistente: Dr. João 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura completa de mandíbula</u>	<u>S02.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução + fixação de fratura de mandíbula</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☐) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☐) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensa (☐) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

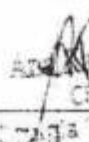
Médico/CRM: _____


 João Pessoa

João Pessoa. 22/12/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1) Paciente em D & H sob anestesia geral 2) Antissepsia sítio e exten. vul + genitais do paciente
Incisão: 1) Incisão vertical no região submentoniana 2) Incisão submentoniana
Achados: 1) Ductos por cisto + abscesso 2) Retorno da prótese
Conduta: 1) Remoção do sistema de mandíbula, 02 placas de 08 furos do sistema 2.0 + 03 parafusos do sistema 2.0 (1º parafuso de 11 mm + 01 parafuso de 07 mm) + 01 placa de ímpula mandibular 02 do sistema 2.4 mm + 03 parafusos 105 parafusos de 14 mm + 03 parafusos de comprimento 2,4 mm 2) Tórax do cisto corrigido 3) Sutura em plano vertical 4) Lavagem do campo
Fechamento: 1) Bandagem
Observação: Remoção da prótese de mandíbula, com furo de fechamento, em fase de cicatrização, sem sinais de infecção e supuração.

Médico/CRM:


 ADRIANA TOFFI
 CRM: 5724
 CBO: 31210010

João Pessoa, ____/____/____



WESTERN

UNCLASSIFIED

ANESTESIA GERAL		RAQUIDIANA		EPIDURAL		BLOCO PLEXO		BLOQ. NERVOS		OUTROS	
FORMA: <i>gaseosa + T.T. m. 35</i> <i>Levanado (500 mg/ml) + 100 mg/ml</i>											
LUGAR DO		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO									
QUANTIDADE	USADO	1	<i>Levanado 100 mg/ml</i>	11							
VALOR		2	<i>Levanado 200 mg/ml</i>	12							
USADO		3	<i>Levanado 300 mg/ml</i>	13							
USADO		4	<i>Levanado 400 mg/ml</i>	14							
TOTAL		5	<i>Levanado 500 mg/ml</i>	15							
DESTINO DO PACIENTE		6	<i>Levanado 600 mg/ml</i>	16							
☐ AMB	☐ SUPERMARGA	7	<i>Levanado 700 mg/ml</i>	17							
☐ UTI	☐ RESIDÊNCIA	8	<i>Levanado 800 mg/ml</i>	18							
☐ OUTROS		9	<i>Levanado 900 mg/ml</i>	19							
		10		20							
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:											
<i>acidente cardiovascular - bloqueio uregêmico /</i> <i>procedimento de urgência.</i>											
										Tierras Kehrwald MÉDICO CRM 7179	
										INSTITUIÇÃO DO ANESTESISTA	
										DATA ASSINATURA	



Liberação para Saída do Hospital



DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

Nº BE OU PRONTUÁRIO: _____

SETOR: Bloco

PACIENTE: Leilson Tundo

DATA: 04/02/18 HORA: _____

AUTORIZADO POR: _____

NOME DO MÉDICO QUE DEU ALTA

Janaina Brito Tavares
Enfermeira

CARIMBO/ASSINATURA DA ENFERMAGEM

F(NG) APC.009-1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



GOVERNO DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Recetário de Controle Especial

Recetário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Barbosa, S/N Conj. Padry
Paciente
LENILSON TRINDADE RODRIGUES
Nº Cartão do SUS
BE
1058716
Endereço do paciente
Rua MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60, SOLANCA-PB-56225000

Unidade de Saúde
HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Barbosa, S/N Conj. Padry
Paciente
LENILSON TRINDADE RODRIGUES
Nº Cartão do SUS
BE
1058716
Endereço do paciente
Rua MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60, SOLANCA-PB-56225000

ATESTADO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE LENILSON TRINDADE RODRIGUES, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 15 DIAS
CID: 502.9

ATESTADO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE LENILSON TRINDADE RODRIGUES, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 15 DIAS
CID: 502.9

04/02/2018
Data

Ana Karina Tormes
5724
D^{ra}. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
5724/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:
Identidade:
Org. Emissor:
Endereço:
Cidade:
UF:
Telefone:

Ass. Farmacêutico
Data

04/02/2018
Data

Ana Karina Tormes
5724
D^{ra}. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
5724/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:
Identidade:
Org. Emissor:
Endereço:
Cidade:
UF:
Telefone:

Ass. Farmacêutico
Data



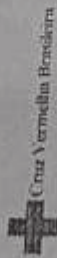
Documento de Alta

Nome: LENILSON TRINDADE RODRIGUES			Número Prontuário: 106340
Data de: 02/02/1980	Sexo: Masculino	Data de Internação: 28/01/2018 15:19:21	Data de Alta: 04/02/2018 09:19:47
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR ; RETORNO ; ORIENTAÇÕES			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE COM FATURA EXPOSTA DE MANDÍBULA E LUXAÇÃO DE CÔNDILO ESQUERDO; FCC EM SUPERCÍLIO ESQUERDO; LÁBIO INFERIOR; LÍNGUA (VENTRE E DORSO) E ASSOALHO DE CAVIDADE ORAL.			
Resultado de Exames: TC DE FACE EVIDENCIANDO FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA COM LUXAÇÃO DE CÔNDILO ESQUERDO			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA E RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DA CAVIDADE ORAL E SUTURAS DE SUPERCÍLIO ESQUERDO E SUTURA DE LÍNGUA (DORSO E VENTRE) SOB ANESTESIA GERAL			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: REPOUSO POR 15 DIAS; RETORNO AO TRAUMA DIA 11/02/18 AS 7H. PRESCREVO NIMESULIDA; DIPIRONA; CEFALEXINA; METRONIDAZOL; PERIOGARD. ATESTADO POR 15 DIAS. HIGIENIZAÇÃO ORAL RIGOROSA			

Data: 04/02/2018

Ana Karina Tormes
CRM: 5724

ANA KARINA DE MEDEIROS
TORMES
CRM: 5724 - PB



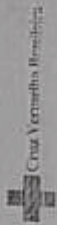
Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



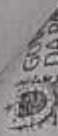
GOVERNO
DA PARAÍBA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data: 04/02/2018 09:11:45

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 38

BAE: 1058716

RETORNO - TRAUMA

RETORNO AMBULATORIAL EM 07 DIAS (11/02/2018)

Ana Karina Tormes

CRQ 5724

Cirurgiã Especialista em Trauma

Dr^a. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

5724/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

Receituário

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data: 04/02/2018 09:11:45

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 38

BAE: 1058716

RETORNO - TRAUMA

RETORNO AMBULATORIAL EM 07 DIAS (11/02/2018)

Ana Karina Tormes

CRQ 5724

Cirurgiã Especialista em Trauma

Dr^a. ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

5724/PB

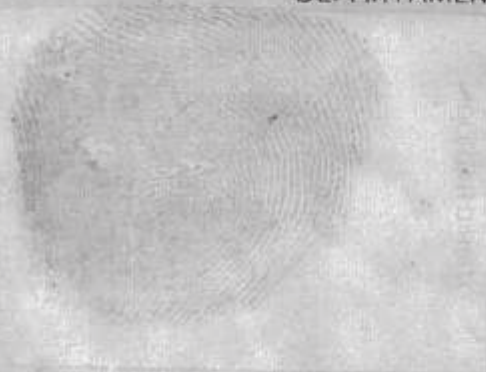
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P. 135



Lenilson Trindade Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

088.964.554-05

Nome

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Nascimento

02/02/1980

COMPRESSE
28 SET 2010
PROT
AC
LO
SON

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3183675

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19 DEZ 2003

NOME

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Valdery Pires Rodrigues

FILIAÇÃO

Maria das Dores Trindade Rodrigues

Solânea-PB

02.02.1980

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert. nasc. nº 10.587, fls. 151, liv. A-

DOC ORIGEM

10-Cart. Solânea-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PAZ DA MARCHA DA UNIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DIETRAM - PB Nº 0128224600421

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DATA DE EMISSÃO DO PRT 20161400009594-9

1 0110396411-6 00/00000000 2016

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

12358103489

QFP6736/PB

NOVO PB 9C2JB0100HR223689

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I

2016 2017

2 P/109 /CI

PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 02/12/2016

FAVIA JAV A

0

***** SEGURO PAGO 02/12/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SOLANEA-PB

16497

05/12/2016

41491

COMPREV/SEGUROS PREVIDENCIA
26 SET. 2016
PROTOCOLO
PÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS, APRESSORES
TRANSPORTADORES CUMPRANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 0128224600421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

12358103489 vategurodotranslito.c QFP6736/PB

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 05/12/2016

JOSE GILBERTO TRINDADE R JUNIOR

1 12358103489

QFP6736/PB

01103964116 HONDA/POP 110I

2016 9 9C2JB0100HR223689

SEGURO

PAGO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CH 1 02.248.000/0001-01
www.seguroadoralider.com.br

41491-1114577-20161205

9102-100



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
123.581.034-89

Nome
**JOSE GILBERTO TRINDADE RODRIGUES
JUNIOR**

Nascimento
05/04/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-062



Jose Gilberto Trindade Rodrigues Junior

ALBUQUERQUE, J. A.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
66B1.90F4.FCE2.F07C

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:00:36 do dia 05/11/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.273.767 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2014

NOME JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JÚNIOR

FILIAÇÃO JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES MARINÊS BATISTA RODRIGUES

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/04/1997

DOC. ORIGEM NASC. N. 28710 FLS. 182 LIV. A28 CARTÓRIO SOLÂNEA-PB

CPF 123.581.034-99

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554005 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA CAVIDADE BUCAL E PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/17 A 21.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554005 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA CAVIDADE BUCAL E PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/17 A 21.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554005 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO ASSOALHO DA CAVIDADE BUCAL E PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/17 A 21.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Benilson Trindade Rodrigues</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>casado</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>	Nº DO RG:	<u>318.3675</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSP/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>09/12/03</u>
Nº DO CPF:	<u>088.964.554-05</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Belizário Pereira</u> <u>nº 43, Centro, Solânea - PB, CEP 58225-000</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Benilson Trindade Rodrigues, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Solânea - PB, 30 de Agosto de 2019.

Benilson Trindade Rodrigues
Outorgante

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



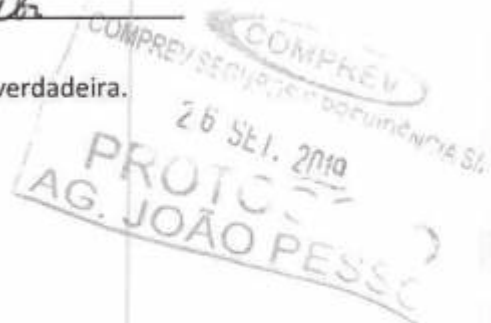
DINAH CORRÊA SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR Rua José Antônio Rabello, 260 - Centro - Solânea - PB 58225-000 - Fone: (31) 3203-2234 - e-mail: dinahcorrea@net.com.br	EDNA MARIA CORRÊA PAIVA TITULAR Rua José Antônio Rabello, 260 - Centro - Solânea - PB 58225-000 - Fone: (31) 3203-2234 - e-mail: edna@net.com.br
--	---

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-003972

Reconheço por autenticidade a firma de
BENILSON TRINDADE RODRIGUES

Dou fe: em testemunho da verdade. Solânea-PB, 30/08/2019 10:38:26
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AUB27198-36.JY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Flávia Patrícia Dantas da Silva
Flávia Patrícia Dantas da Silva - Escrevente Substituta



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334347/19

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

CPF: 088.964.554-05

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LENILSON TRINDADE RODRIGUES : 088.964.554-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA