
Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RUBINALDO DA SILVA BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180197556**

Vitima: **RUBINALDO DA SILVA BARBOSA**

Data do Acidente: **26/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ALVES PESSOA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180197556**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RUBINALDO DA SILVA BARBOSA**

Sinistro: **3180197556**

Vítima: **RUBINALDO DA SILVA BARBOSA**

Data do Acidente: **26/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE ALVES PESSOA**

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 3180197556** 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.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12926759

A/C: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Nº Sinistro: 3180197556
Vitima: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
Data do Acidente: 26/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

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: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000052689-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	095 899.764 - 09	RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	095 899.764-09	AGRICULTOR
Endereço	Número	Complemento
SITIO MATA VELHA	S/N	
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	ARRAUNA	PB
Email	Telefone (DDD)	
	83 999479100	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0038		52689	3
(Informar dígito se existir)			
CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nro. AGENCIA Nro. D/V CONTA Nro. D/V (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			
PROTOCOLO DE PREVISÃO 02 MAIO 2018 02 MAIO 2018 PROTOCOLO DE PESSOA			

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

ARRAUNA-PB, 09 de MAIO de 2018

Local e Data

Rubinaldo da Silva Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

081-469130591-1

22/MAR/2018

HORA DF: 15:03:38

LDT: 13.817892-6

TERM: 089645

LOCALIDADE: ARARUNA

AD. VINCULADA: 0038

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0838.88852688-3

NOME: MURITNAO SII VIA BARBOSA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/03/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA .

DIA LIMITE	SALDO
16/03	00,00
RESUMO EM 21/03	00,00
SALDO	00,00
RESUMO DO DIA	00,00
SALDO BLOQUEADO	00,00
SALDO DISPONIVEL	00,00
SALDO TOTAL	00,00

081-469130591-1

1ª VIA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018
Ocorrência nº. 137/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:30min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido(a) por RUBINALDO, Identidade nº 7.220.814-SSP/SC, CPF nº 095.899.764-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Gileno Barbosa de Souza e Rosilda de Lima da Silva, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 03/01/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, tendo como ponto de referência: Bar Ilton, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99146.1986.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 26 de novembro de 2017;
- 3) Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) Local do fato:** PB 111 entre Araruna e Cacimba de Dentro;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? NÃO;**
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTONETA HONDA/ BIZ 125 COR VERMELHA ANO 2017/2017 PLACA QFY7176/PB CHASSI 9C2JC4830HR411783 LICENCIADA EM NOME DE ROSILDA DE LIMA DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO BARBOSA
MARIA APARECIDA DE MEDEIROS

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 26 de novembro de 2017 por volta das 19h:00min o noticiante ao se deslocava pilotando a moto supracitada vindo de Cacimba de Dentro com destino ao Sítio Mata Velha na cidade de Araruna/PB; QUE ao se aproxima da fazenda de José Maranhão foi fechado por um carro não identificado; QUE perdeu o controle vindo a cair; QUE no momento da queda ficou inconsciente; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital do Trauma de João Pessoa; QUE sofreu várias fraturas na face e de acordo com o laudo anexo se submeteu a procedimento cirúrgico; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Rubinaldo da Silva Barbosa
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

Rubinaldo da Silva Barbosa
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CPF da Vítima

095.899.764-09

Data do Acidente

96/11/9017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) 83 999479100

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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

AGARUNA-PB 09 de MAIO de 2018

Local e Data

Rubric de la síntesis Básica

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Campo 7 - Assinatura do Representante Legal

**PROTOCOLO
AG. JOÃO BEGO**



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal De Cacimba De Dentro – PB
Secretaria Municipal de Saúde – SMS
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, o Srº Rubenaldo da Silva Barbosa, foi vítima de queda de moto, com possível fratura de face. Após imobilização e estabilização da vítima, a mesma foi conduzida para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi admitida para avaliação médica.

Segue abaixo dados da ocorrência.

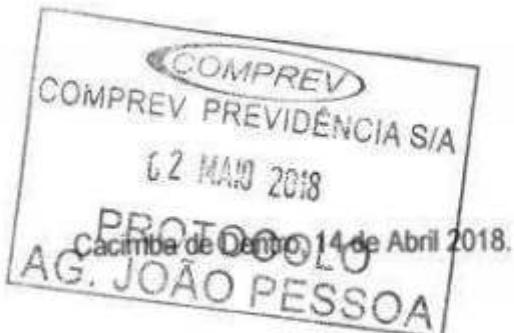
Data da ocorrência: 26/11/2017

ID da ocorrência: Nº1897921

Local: PB 111 Que liga Cacimba de Dentro à Araruna.



DAYSE OLGA DE LIMA MACEDO
COORDENADORA





SAMU
192



SAMU
192

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - CEP: 58225-000

Solânea - Paraíba - Fone: (83) 3363-2859

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 065

TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data 26/11/14	Ocorrência nº 1897-021	Paciente / Usuário Rubenaldo da Silva Barboza	Idade 25	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência APOIO A USB 48 (30-MÁ DE DENTRO)		Bairro Bragas	Médico Regulador Dir. Joana Lima	
Apelo no local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outros				

DESTINO

LOCAL:	RESPONSÁVEL:	OBS:
--------	--------------	------

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMATICA / CAUSA
<input type="checkbox"/> QUEDA <5M <input type="checkbox"/> QUEDA >5M <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO <input type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
<input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO
<input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> OUTRO
<input type="checkbox"/> NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> DIR <input type="checkbox"/> ESQ
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU _____ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU _____ <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> OUTRO _____
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> RANHA
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR: _____

EXAME FÍSICO

Encontrado: DECÚBITO LATERAL DORSAL VENTRAL SENTADO DENTRO DE VEÍCULO
 FORA DO VEÍCULO DEMBULANDO EM CIMA DE _____ OUTRO

Nível de Consciência: CONSCIENTE ORIENTADO ALGO DESORIENTADO HÁLITO ETÍLICO

ABUSO DE DROGAS SONOLENTO INCONSCIENTE AGITADO COMA OUTRO

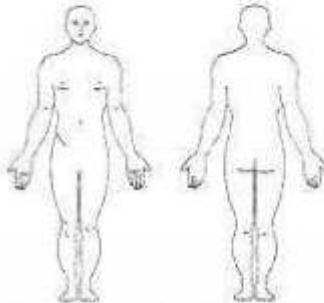
Queixa: DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____

OUTRA: _____

LESÕES APRESENTADAS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES/LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> CORTE/LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> PERFORAÇÕES/LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> CÂIMBRA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____ | <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | |

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> MIDRIASE | • • |
| <input type="checkbox"/> MIOSE | • • |
| <input type="checkbox"/> ISOCORICAS | • • |
| <input type="checkbox"/> ANISOCORICAS | • • |

DADOS VITrais

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: _____ bpm FINAL: _____ bpm / PULSO RADIAL PRESENTE AUSENTE

FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: >8 <9 PAS (mmHg): 400 900

PADRÃO RESPIRATÓRIO: REGULAR IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS: <2 SEGUNDOS - MMII: <2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: _____%

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: _____ / ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / TIRANTES / PRANCHAS RÍGIDAS / KED / TALAS DE EXTREMIDADES |
| <input type="checkbox"/> AVP COM ABOCATH N°: _____ / MSE / MSD / SRL: _____ ml SF 0,9% _____ ml / MEDICAÇÃO: _____ |
| 021/MIN: _____ / MASCARA COM RESERV. / CATETER NASAL / IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO |
| <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO E |
| <input type="checkbox"/> OLHO D <input type="checkbox"/> VELPEAU / LOCAL: _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS: _____ |

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: _____	COREN: _____	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUTOR: _____	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	MÉDICO (VISTO): _____	PROFISSIONAL: _____

RECUSA

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: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000052689-3

Nr. da Autenticação 71C8576FB906F83E

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
SIT MATA VELHA, SN - ÁREA RURAL
ARIARUAI / PI / CEP: 58233000 (AD: 52)

Emissal: 23/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rótulo: 14-82 - 168 - 828 N° medidor: 00108837088

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B130 Km 25 - Distrito Potengi - Alto Paraíba / PB - CEP: 58187-000
CNPJ: 00.136.133/0001-40 - Ins. Est: 16 015 823-0

Nº Fiscal/Código de Energia Elétrica: P004 084 447
CIE para L: 5. Automática: 800 1600616

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	23/03/2018	24/04/2018	9589976409 Ins. Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/1683051-5

Canal de contato

- Furtos de energia é a maior ocorrência. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e danos materiais. É ainda prejudicial ao meio ambiente, já que prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar quedas de energia, avarias de eletrônicos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 22/02/18 Leitura: 1188	Data: 23/03/18 Leitura: 1210	1	41	29

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tensão	Valor Base (R\$)	Aiq	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/RF	Colet (R\$)
8801	Consumo em kWh	41.000	0,514120	21,07	0,10	0	0,00	21,07

CCN Código de Classificação do Item TOTAL: 21,07 0,00 0,00 21,07 0,14 0,80
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
29 02/04/2018 R\$ 21,07

Histórico de Consumo (kWh)

47 | 15 | 39 | 48 | 6 | 36 | 45 | 30 | 6 | 0 | 27 | 39
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

Bba2.4056.309e.1d4a.fbd9.30f7.5525.37b7

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCI MENSAL	11,94	1,99
DCI TRIMESTRAL	23,80	NOMINAL
DCI ANUAL	47,79	220
FIC MENSAL	7,74	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,49	CONTRATADA
FIC ANUAL	30,98	LIMITE INFERIOR 200
SGMC	8,59	LIMITE SUPERIOR 231
DCRI	16,60	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	21,07	100,00
Compra de Energia	0,00	0,00
serviço de Transmissão	0,00	0,00
Entrega Sérvicos	0,00	0,00
Impostos Direta e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	21,07	100,00

Valor no EUSC (Ref 1/2018) R\$7,96

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Páginas em atraso



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

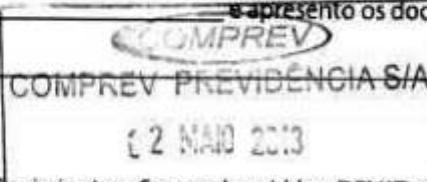
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu JOSÉ ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.901.024-59,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RUBINALDO DA SILVA BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.899.764-09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.899.764-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA: JOSÉ FELIPE NERY</u>		Número	50	Complemento	1º ANDAR
Bairro	CENTRO	Cidade	Estado	PB	CEP	58233-000
Email	ZEZNHODPVAT@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	83.999673100		

ARARUNA-PB, 02 de MAIO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSILDA DE LIMA DA SILVA,
RG nº 2.242.330 - 9º v/n, data de expedição 24/04/1986,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 043.654.014-06,
com Domicílio na cidade de ARARUNA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO MATA,
VELHA nº S/N, complemento ZONA RURAL, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, cujo o condutor
era RUBINALDO DA SILVA BARBOSA.

Veículo.....: MOTO HONDA/BIZ 125
Ano.....: 2017
Modelo.....: 2017
Placa.....: QFV7176 /PB
Chassi.....: 9C9JC4330HR411783
Data do acidente.: 26 DE NOVEMBRO DE 2017

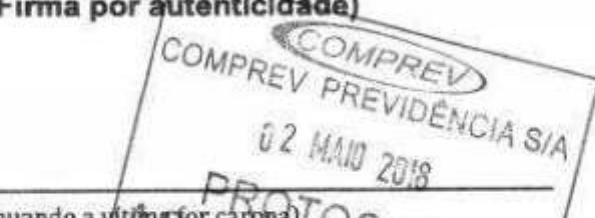
Local e data: ARARUNA - PB 23 DE ABRIL DE 2018

X Rosilda de Lima da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima morrer carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone: (33) 3373 1270
Reconheço verdadeira(s) letra(s) e Firma(s) por autenticidade de

Rosilda de Lima da Silva, nascida
Araruna, 23/04/2018, 2018
Em test^o 17/04/2018 da verdade
Assinatura Rosilda de Lima da Silva



SELO DIGITAL
AC1046102-FD10
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.spb.jus.br>



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
DADOS DE NASCIMENTO 03/01/92
NOME DA MÃE ROSILDA DE LIMA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

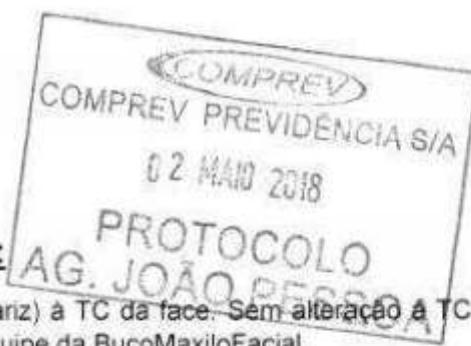
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.044.444
Nº PRONTUÁRIO 105.668
DATA DO ATENDIMENTO 27/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 02:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURAS MÚLTIPHAS DA FACE (MANDÍBULA + MAXILA + PAREDE LATERAL DO NARIZ)
CID 10 S 00.9 + S 02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de motocicleta, apresentando trauma contuso de face D, com cefaléia associada, edema de face, ferimento contuso em lábio superior, edema em região lateral da mandíbula D. Relato de consumo de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do tórax - AP



TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (mandíbula + maxila + parede lateral do nariz) à TC da face. Sem alteração à TC do crânio. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Lacet e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 04/12/17
DATA DA EMISSÃO: 06/04/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAlancado
OK

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1044444

**Identificação do paciente**

ID 12345643	Nome RUBINALDO DA SILVA BARBOSA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25 anos 10 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA	Pai GILENO BARBOSA DE SOUZA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993476888	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7220814	Nº Cns 702009803402286		
Local de procedência ARARUNA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R		

Endereço

CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 27/11/2017 02:04:54	Número da pulseira 1000005802141	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos:

Pct consciente, orientado, eupneico, vitínea de acidente motociclístico, apresentando edema em face à D e edema labial. Seque p/ exames.

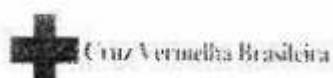
Diagnóstico

*Motociclista*ANNE Bezerra Leite da Antônio
Enfermeira
02311239412Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir

COMPREV	CID
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	Tempo
12 MAIO 2013	03min 47seg

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA			Telefone de Contato: (83) 993476888 / (83) 993476888
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO	Nº Cons. Regional 2537/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 01/12/2017 13:15:42	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

EVOLUÇÃO MEDICA

VOLUÇÃO

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO	PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSO. AGENDO CIRURGIA PARA AMANHÃ OBSERVAR EDEMA
-----------------------	--

Anamnese

PACIENTE EM 1 DPO CIRURGIA DE FRATURAS MÚTIPLAS DE FACE.

NO MOMENTO PACIENTE ACAMADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, NÃO ACEITANDO BEM A DIETA, SEM QUEIXAS ALGICAS, DIURESE ESPONTANEA, NEGANDO VOMITOS OU ENJOOS.

AO EXAME FÍSICO: OBSERVA-SE LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EDEMA EM FACE COMPATÍVEL COM O PO, SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE SANGRAMENTO + SEM SINAIS DE INFECÇÃO + SEM SINAL DE DEISCENCIA.

CD: 1- OBSERVAÇÃO BMF

Conduta

Em observação

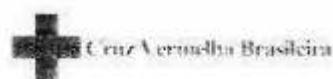
Clarissa Campelo
Bucco-Maxilo-Facial
CRM PB 2537

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
(: 2537/PB)

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CENTRO CIRURGICO

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

Tel:

CNES: 122332

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA		BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286	Telefone de Contato (83) 993476888 / (83) 993476888
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA				Prontuario 105668
Endereço MATA VELHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE LACET DE LIMA JUNIOR	Nº Cons. Regional 2850/PB	
Data/Hora Classificação: 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição: 30/11/2017 15:50:35		
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha	

Evolução Médica

Evolução

Descrição da Evolução PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSAO , AGENDO CIRURGIA PARA AMANHA OBSERVAR EDEMA

Anamnese

PACIENTE OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS. SOLICITADO RADIOGRAFIA PÓS OP.
AGUARDA MELHORA DO QUADRO PARA ALTA

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., 12/12H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO EM CASO DE VOMITO OU NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

Cuidados

DECUBITO ELEVADO EM 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

AFERIR PA E FC

Exame de Imagem

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

Conduta

Em observação

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286 Telefone de Contato (83) 993476888
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA			
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 27/11/2017 02:54:55	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

* **sintomas**

HACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO-QUEDA. NEGA USO DE CAPACETE E REFERE CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM FACE, COM CEFALÉIA ASSOCIADA. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL E LIMITAÇÃO DE MEMBROS.

MEDICAÇÃO

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, (OBSERVAÇÕES: +100 ML SF)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

DIOGRAFIA DE TORAX (PA)

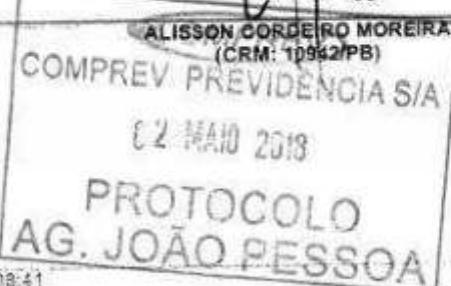
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA		BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992		Idade 25	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993476888
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA				Prontuário
Endereço MATA VELHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município: ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO		Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 27/11/2017 08:13:29		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Exame
ME

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 6H (QUEDA). QUEIXA-SE DE DOR EM FACE Á D. APRESENTA EDEMA EM FACE + FERIMENTO CONTUSO EM LÂBIO SUPERIOR, SUTURADO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA, GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO E BMF.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação + liberado da cir geral

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

ana Virginia L. da Costa
ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
4417/PB




Buro
P interna

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	
Data de nascimento 03/01/1992	Idade: 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286
Mãe: ROSILDA DE LIMA DA SILVA			UF PB
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	Nº Cons. Regional 6628/PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 27/11/2017 06:09:57	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

***anamnese**

DATA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDO AS 2:04 AM;
AO EXAME: GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO DE FACE COM LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA.

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SINAIS DE FRATURA COM DESLOCAMENTO DE MANDÍBULA DIREITA, FRATURA DE OSSOS NASAIS E MAXILAR

PACIENTE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL, DEAMBULANDO SEM DÉFICITS

VISUALIZADO ATÉ C4 NA TOMOGRAFIA DE FACE

CD: RETIRO COLAR CERVICAL; LIBERO PARA PROCEDIMENTO COM BUCOMAXILOFACIAL; SOLICITO AVALIAÇÃO DA BMF

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

ados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Ricardo R. Carvalho
Neurologista
CRM - 6628

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Dagmar em seu aniversário BE/Prontuário: 1044444
 Idade: 25 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/11/17
 Clínica/Setor: BV F EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: DR LACET
 Cirurgião: DR D'Souza 1º Assistente: DR Resende
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Daniela
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRACTURA MULTIPLES DA FACE +</u>	
<u>FRACTURA CONVEXA DA MANDÍBULA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>DR D'SOUZA - FIVACAU DE FRACTURA MULTIPLE</u>	
<u>DE FACE + FRACTURA CONVEXA DA MANDIBULA</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
62 MAI 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
João Pessoa, 30/11/17



3

卷之三

NOME DO PACIENTE: Kotimalela da Silva Barbosa
IDADE: 36 **SEXO:** M **DATA:** 10/04/2011 **LARJO:** SINERJIA **HOSPITAL:** HCFMUSC
CIRURGIA: Abcixi + Tali + Tali + Tali complexo de Newbold.
CIRURGIÃO: DR. FOGEL + R2 **PAUL:**
ANESTESIA: Propofol
ANESTESISTA: DR. KAIQUE + REGI

DATA: 30/11/17 TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO 9:40 FM CIRURGIA INICIO 10:00 FM

NOTICE DE RISCO DE COVID-19 - ASA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (310) 206-6500 or via email at mhwang@ucla.edu.

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADON	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	BRN	900	L	JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADON	
BUPIVACAÍNA PESADA	OF	300	/	JELCO N°22	FIO DE ACO N°	
CETAMINA	OF	100	/	JELCO N°24	FIO DE ACO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	40
MIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	3
ENOBARBITAL	ALCOOL ETÍlico 70%		LÂMINA BISTURI N°15	L	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°19		FIO POLIGLACTINA N°	
ALUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	40
ISOFLURANO	PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
VOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPRÓPILENO N°	
EVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	11	FIO POLIPRÓPILENO N°	
IDECAíNA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°1,0		FIO POLIPRÓPILENO N°	
LEDOCAíNA S/VASO	AGULHA 25X20		LUVA ESTÉRIL N°1,5	11	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MDAZOLAN	AGULHA 25X18		LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	11	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA	
NIMBUTUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUÍN N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍN N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCLURÔNIO	AGULHA RAQUÍN N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SIXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°		HEMOST. ABSORVÍVEL	
RENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICALAR	
CA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
TROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM -	
EXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
EFAZOLENA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
XAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
PIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
FEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
UROSEMIDA		COMPRESSAS 20x20 11	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRENHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
IDOCINA GELEIA	UN	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA <i>(Suzi, April)</i>	
INDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA <i>(Suzi, April)</i>	
LASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			<i>Coluna vertebral</i>	
ROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
ROTANINA		ESPINHA DE PVPI	FIOS:			
ENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°		ASPIRADOR	
<i>desnudar</i>		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°		ESTILOURO ELÉTRICO	
<i>extromoperí</i>		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		EEG	
		DEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°		ECG	
		JELCO N°14	FIO ALGODÃO C/A N°		ESTIMULADOR	
		JELCO N°16			EEG AUXILIAR	

Parafuso 2.0	7mm m L	8mm m L
	5mm m L	12mm m L
	3mm m L	14mm m L
	6mm m L per dito no ato enunciado	



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

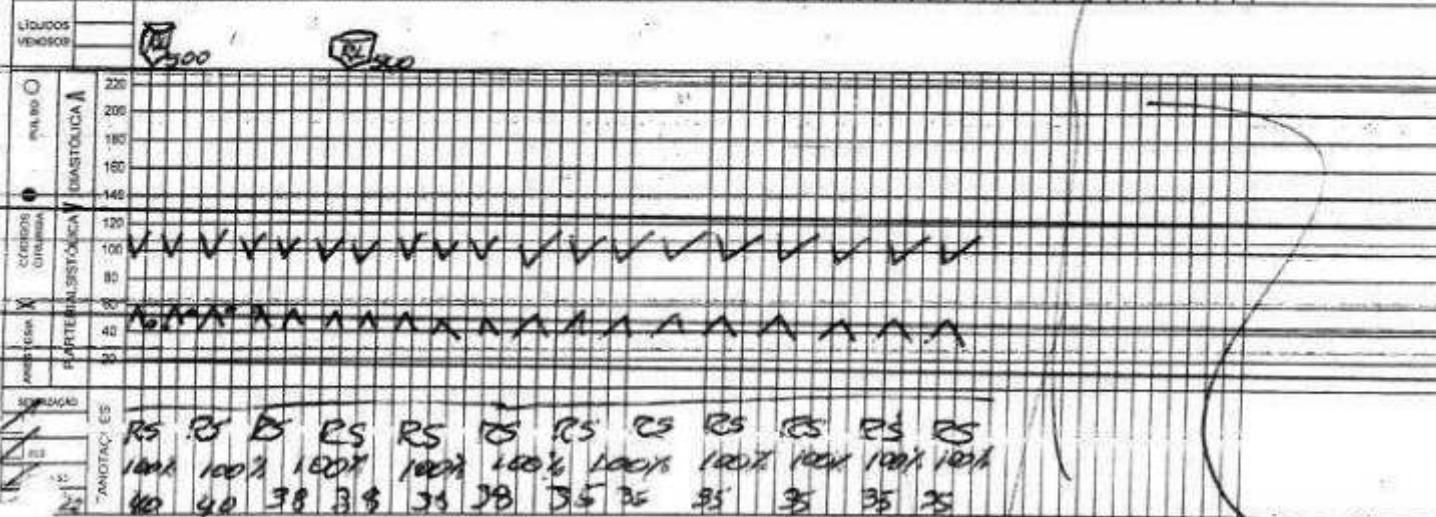
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 30/11/17

PRONTUÁRIO: 1044444

PACIENTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA			SEXO: M	COR:	IDADE: 25
PRESA ARTERIAL	PULSO 70	RESPIRAÇÃO 100% ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES <i>hérnias</i>			RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
AP. RESPIRATÓRIO <i>regular</i>		AP. CIRCULATÓRIO <i>estável</i>			
DROGAS ANESTÉSICAS	<i>sefum</i>	ESTADO MENTAL <i>relaxado</i>	PROCEDIMENTO <i>T.</i>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURAS MULTIPHAS DA FACE					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIA	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA 9:40	TÉRMINO DA ANESTESIA 15:00			DURAÇÃO DA ANESTESIA 6 h 40	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.			VALORES R\$	
ANESTESISTA Dr. Renato & Dr. Celso Re				CRM-PB	7167



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
Anestesia geral					
LÍQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICÓLICO	1	Fráctolin 400 mg	11	diazepam 2g	
NAG	2	lidocaina bolada 200 mg	12	Atropina 1mg	
SANGUE	3	Dexadrol 150 mg	13	Montezima 2mg	
RINGER	4	Urodotina 150ml/g	14	Tetralil 30 mg (IMPRF)	
TOTAL	5	Ufazolina 3g	15	COMPREV. PREVIDÊNCIA S.A.	
DESTINO DO PACIENTE	6	Uremafol 0.2 g	16	12/11/2013	
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	Deso-oxime 0.7	17	
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	8	Atropina 0.5 mg	18	
<input type="checkbox"/> OUTROS		9	Cloramina 50mg	19	PROTÓCOLO
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	Dopropofos 100 mg	20	AG. JOÃO PESSOA	

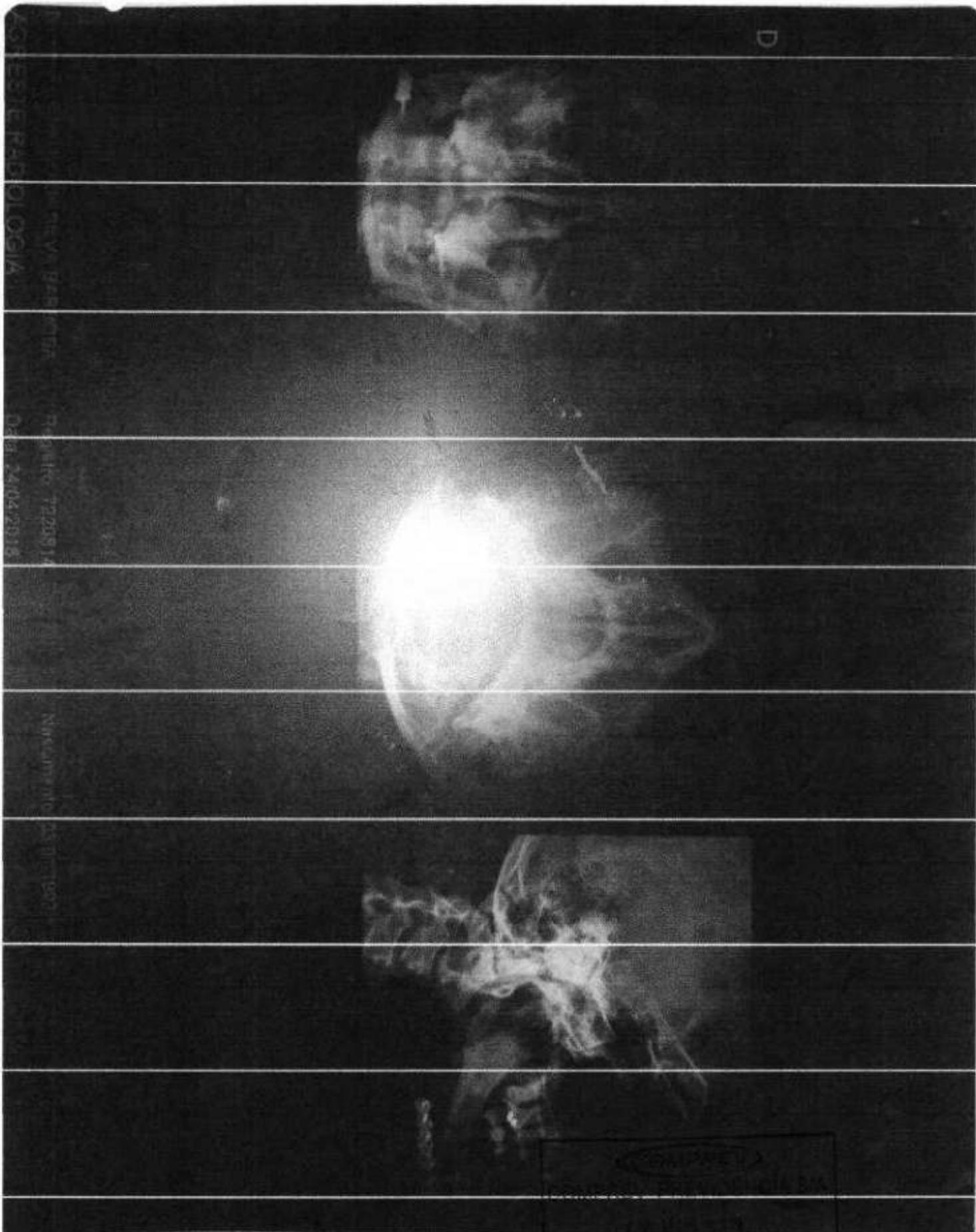
1º monitorizado. Somente com MgD+ 700g iniciou oxidação em etapa lenta de (1-2-3-4) IOT com Tela preenchida 100% no ar expelido e lajapão aberto, monitorizo solo sangue CO2 + sputo.

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

Dr. Celso Re

FINGIASCR.006.1

(RM - PR + TD)



PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/16318c42cd9c1f1b?projector=1&messagePartId=0.1>



Rua da Central, 48 - Centro - Santo Antônio - RN

Tels.: (84) 3282-2521

Número de Controle:
201804/2300

Código de autenticação:
31uYyV1VSkauD87jQkFstg

Laudo Radiográfico

Nome: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Indicação: AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

Data do exame: 24/04/2018

Data de Nascimento: 03/01/1992 (26 a. 3 m.)

Empresa: PARTICULAR

Sexo: MASCULINO

FACE - AP e Perfil

Conclusões:

Controle de osteossíntese metálica de face e mandíbula.
Nível hidroaéreo do seio maxilar direito.

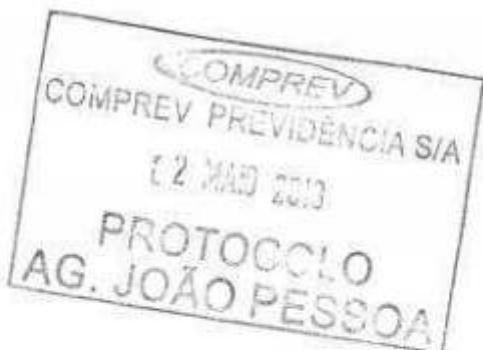
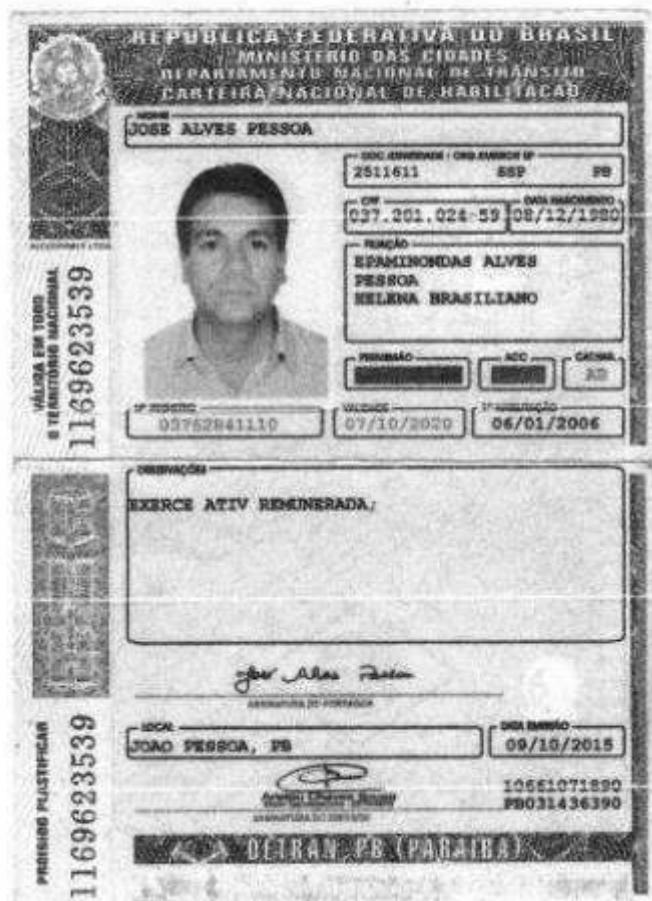


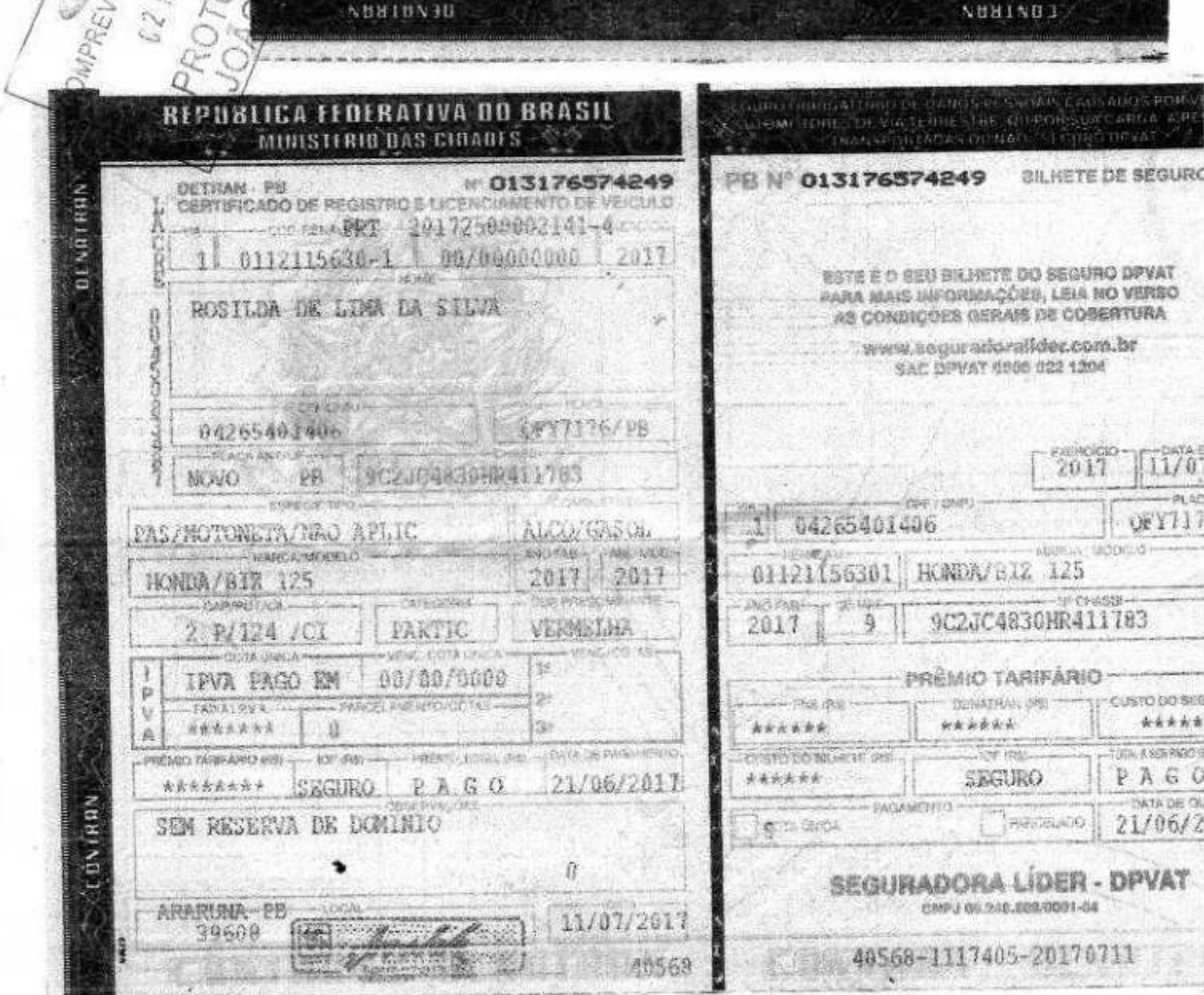
Santo Antônio, 24 de abril de 2018.

Dr. Henrique Trigo Bianchessi
CRM 20999 - Radiologista

www.maislaudo.com.br

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.





- Proprietário do Veículo -



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180197556 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 26/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: fraturas multiplas da face
fratura complexa de mandíbula

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional residual craniofacial leve

Resultados terapêuticos: foi operado com osteossíntese de face em novembro de 2017, atualmente não mais faz acompanhamento, deformidade de altura em dentes frontais, ausência do segundo dente superior da lateral esquerda, labio superior com edema na face lateral direita, aumento de volume na face (região mandíbula direita), dificuldade de abertura da boca com bloqueio parcial. deformidades e perda de dentes superiores

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

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 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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSAO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 7.220.814
ÓRGÃO EMISSOR: SSP/SC **DATA DE EMISSÃO:** 26/09/2014
Nº CPF: 095.899.764-09 **ENDEREÇO:** SÍTIO MATA VELHA,
ZONA RURAL DE ARARUNA - PB. S/N°

OUTORGADO: JOSÉ ALVES PESSOA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSAO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 03762841110
ÓRGÃO EMISSOR: DETRAN-PB **DATA DE EMISSÃO:** 09/10/2015
Nº CPF: 037.901.094-59 **ENDEREÇO:** RUA: JOSÉ FELIPE
NERY, N° 50 CENTRO, ARARUNA - PB.

PODERES:

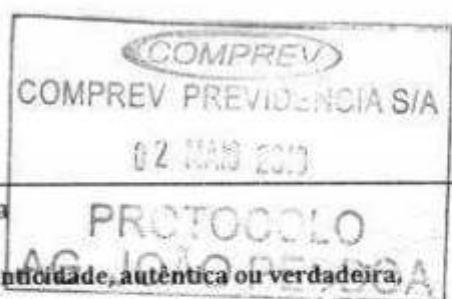
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, 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.

ARARUNA - PB 23 de ABRIL de 2018

RECONHEÇO
[Handwritten signature]

x Rubinaldo da Silva Barbosa

Assinatura



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

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone: (83) 3373 1270
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de _____
Rubinaldo da Silva Barbosa
Araruna, 23 Abril 2018
Em test^o rubinaldo da silva _____
Assinatura _____

SELÔ DIGITAL
A6460210946
Comprovante Autenticação digital
neste documento pode ser
verificada no site
https://www.comprev.com.br

