

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553962

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 02/12/2018

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553962

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/12/2018, emitido pelo Dr. EMILTON AMARAL SEGUNDO CRM nº 5352 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SNADOR HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIÇÃO 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:

Isenilson Trindade Rodrigues

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

Nome completo:

Isenilson Trindade Rodrigues

CPF:

088.964.554-05

Profissão:

Recebeu - X

Endereço:

Av. Belo Horizonte

Número:

43

Complemento:

Bairro:

entre

Cidade:

São Paulo

Estado:

SP

CEP:

58225000

E-mail:

ccj-ccj@outlook.com.br

Tel.(DDD):

83-98549-5530

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

RENDIMENTO:

 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 - 033

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

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

58218

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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 Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: São Paulo - SP, 26/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Isenilson Trindade Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Lourivaldo Neto

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

PRATO SET. 2010

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





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 104/2018

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 **DATA DO OCORRIDO:**
02/12/2018 **LOCAL DO FATO:** SOLÂNEA-PB.

COMPREHENSÃO E DOCUMENTAÇÃO S/A.

26 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NARRATIVA: LENILSON TRINDADE RODRIGUES AFIRMA QUE NO DIA 02/12/2018 POR VOLTA DE 10:30H 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 LOJÃO DO MOTOQUEIRO, COLIDIU CONTRA UM VEICULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO E EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, 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 14:15H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: Lenilson Trindade

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

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

Cabedelo-PB, 23 de dezembro de 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de Solânea – PB, à vítima demelson Irundade Rodrigues portador de RG sob Nº 3183645 na cidade de Solânea e transferido para o H. de Emergência Ibraume Liraador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa no dia 02 / 12 / 18.

*COMPRESSO POR PREVENCIAS/A
26 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. 1040 PESOA*

Solânea, 02 / 05 / 19

lail
COREN-PB 317-166

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data <u>02/12/2018</u>	Ocorrência N° <u>2274699</u>	Paciente / Usuário <u>Karenne Trindade Rodrigues</u>	Idade <u>38</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>BASE DO SAMU</u>		Bairro <u>centro</u>		Médico Regulador <u>Honorina</u>
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:				

DESTINO

Local: <u>Dr. Leonardo Soares de Lima</u>	Dr. Leonardo Soares de Lima	Paciente Regulado <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RESPONSÁVEL: <u>CIRURGIA-GERAL/VIDEO-CIRURGIA</u>	CRM: <u>244-QB6</u>	

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO, - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

<input type="checkbox"/> QUEDA <5m <input type="checkbox"/> QUEDA >5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO <input checked="" type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
<input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input checked="" 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"/> AFLOGAMENTO 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"/> AGRESSIVO FÍSICA
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE: <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR: _____

EXAME FÍSICO MÉDICO

Econtrado: <input type="checkbox"/> DECUBITO LATERAL <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	
EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO	
INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
Queda: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTÉIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____	
LESÕES APRESENTADAS: <u>M10</u>	<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____
<input checked="" type="checkbox"/> ESCORRÊNCIAS / LOCAL: <u>M10</u> <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> CÂMERA / LOCAL: _____
<input checked="" type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: <u>FRONTEIL PINGUE</u> <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____

DADOS VITAIS

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ bpm FINAL: _____ bpm / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/> <9 PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> >90 <input type="checkbox"/> <90
RADAR RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR - PERFURAÇÃO MMSS: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - NMII <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA	<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: 14 1aux 80mHg HGT 121mg/de, FC 82 3pctc 10/30 32/

<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: <u>M</u> <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / <input type="checkbox"/> TIRANTES / <input type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA / <input type="checkbox"/> KED / <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES
<input checked="" type="checkbox"/> A. V. P. COM ABCATH N° <u>194</u> <input type="checkbox"/> MSE <input checked="" type="checkbox"/> MSD / <input type="checkbox"/> SRL <u>000</u> ml SF 0.9% <input type="checkbox"/> ml / MEDICAÇÃO: <u>GLICOSSE + CONPERKOL</u>
021/min _____ MASCARA COM RERV. <input type="checkbox"/> CATETER NASAL / <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> NSD <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MID / <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO /
<input type="checkbox"/> IMOBILIZADOR DE OBJETO IMPALADO / <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO / <input type="checkbox"/> CURATIVO: <input checked="" 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: _____
<input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL N° _____ <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: <u>1/min</u> / MÁSCARA C/RESERVATORIO: <u>min</u> <input type="checkbox"/> I. TRAQUEAL N° _____ <input type="checkbox"/> M. LARINGEA N° _____
<input type="checkbox"/> V. MECÂNICA <input type="checkbox"/> CRICO: <input type="checkbox"/> PUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA - TORACOCENTESE <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D PERICARDIOCENTES
<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ETCG - RCP <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOPULSE / DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS
<input type="checkbox"/> FRASCOS EV. FENTANIL: <u>mg</u> <input type="checkbox"/> SUCCINILCOLINA: <u>mg</u> <input type="checkbox"/> MIDAZOLAN: <u>mg</u> <input type="checkbox"/> DIAZEPAN: <u>mg</u> <input type="checkbox"/> OUTROS: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Liranda Fernaldo</u> COREN: <u>367913</u> TECNICO DE ENFERMAGEM: <u>bº bartolin</u> COREN: _____
CONDUTOR: <u>Liranda Fernaldo</u> SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

RECUSA

Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____
TESTEMUNHA: _____
TESTEMUNHA: _____

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

Ligação MONOFASICO
CNPJ: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Ruteiro: 10 - 44 - 70 - 4950 Referência: Set / 2019
Medidor: 00001127408 Emissor: 17/09/2019

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 26 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ: 08.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.013.423-00
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 0000972352
Cód. para Dthr. Automática: 00000972352

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	051.767.834-40 Inscr. 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 setembro de 2002.
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saber mais em:
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
15/09/19	13333	17/09/19	13387	1
Demonstrativo				
CCN Descrição Quantidade Tarifa Valor Base Calc. Alm. Itron(RB) Base Calc. Fixo(RB) Cofec(RB) Título da Tarifa(RB) / CM2(RB) / CM3 % Utilizac(RB) / 0,3912% (4,2227%)				
0801 Consumo até 20kWh-BR	30.000 0,19596	5,88	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	24.000 0,339540	8,07	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0801 Adic. B. Vermelha		1,04	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0810 Subsídio		17,56	0,00	3 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
LANCAMENTOS E SERVIÇOS				
0907 CONTRIBUÇÃO LUM PÚBLICA		7,00	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019		0,05	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0906 Devolução Subsídio		-18,59	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL 23,52 0,00 0,00 22,58 0,00 0,00 0,00
Tarifa(s) Tributo(s) Alô30kWh 0,195960 Alô100kWh 0,339540

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
60 06/10/2019 R\$ 23,52

Histórico de Consumo (kWh)
80 | 69 | 78 | 88 | 71 | 81 | 70 | 85 | 74 | 57 | 52 | 46
Set/19 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 7/2019 - BANANEIRAS

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG-MENSAL	5,81	0,00	Serviço de Dist. da Energia/Fixo	5,19	22,07
DIG-TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL	Conselho de Enegia	1,27	11,21
DIG-ANUAL	23,64		Energia de Transmissão	1,24	5,29
FIC-MENSAL	7,22	0,00	Energia Ativa/Fixa	0,35	38,74
FIC-TRIMESTRAL	2,72	CONTRATADA	Energia Ativa/Fixa	0,35	38,74
FIC-ANUAL	13,45	LIMITE INFERIOR	Energia Ativa/Fixa	0,00	0,00
DMC	3,45	0,00	LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00
DCRI	12,22		Total	23,52	100,00

Valor do Custo (Ref. 7/2019) R\$ 6,00

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso não sejam realizadas contratações em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/10/2019. Conforme Resolução 4/ANEEL. O pagamento dessa conta não elimina a possível suspensão do fornecimento, salvo o imediato não seja comunicado ou se constate pagas não estejam na unidade consumidora da comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar esse prazo.

ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ PESQUISADAS, para estas a suspenção do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 10 (dez) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Sua unidade é cadastrada como Baixa Renda, tendo um valor de R\$1,65,50.

Prazo de Tarifa - Vigência: 26/08/18 - Ref. ANEEL nº 2.398 - Alô Tensão - 4,40% Média

Prazo de Tarifa - Vigência: 26/08/18 - Ref. ANEEL nº 2.398 - Baixa Tensão - 4,22% Média

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06301.815172 9 80340000002352

PAGADOR: MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 051.767.834-40
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA / PB CEP: 58225000

Nossa Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Total
2624912006301815 00307235201809 06/10/2019 R\$ 23,52

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.095.183/0001-40
B-230 Km 26 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-600

Agencia / Código do beneficiário: 3004 3/2447-9



COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA DA
VÍTIMA!

DE COMPRE
COMPRE/SEGURAR/OPORTUNIDADES
26 SET. 2019
PRÓTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA/

CAIXA

A vida pede mais que um banco



00000000000000000000000000000000

CTC RECIFE PER.7 DATA DE POSTAGEM 08/05/2019

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



RECOMPRENSÃO DOCUMENTÁRIA
20 SEI, 2010
PROTÓCOLO
S. JOÃO PESSOA

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Loulimo Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bernilson Tundade Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Univalis da Vítima Bernilson Tundade Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 mdo tóremos</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>bentos</u>	Cidade	<u>José Pessoa</u>		
Email	<u>ccf.adl@outlook.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)
				<u>83-98849-5530</u>	

José Pessoa-PB 26 de setembro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Loulimo Neto
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,
RG nº 4.273.767, data de expedição 14/08/14,
Órgão 5505/PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,
com Domicílio na cidade de Selânea, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua licínio Belo Monte da Madureira
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 vitima
João Gilberto Trindade Rodrigues, cujo o condutor
era João Gilberto Trindade Rodrigues.

Veículo.....: moto ciclota

Ano.....: 2016

Modelo.....: Honda / POP 110i

Placa.....: QFP 6736/PB

Chassi.....: 9C2 JB0300HR223689

Data do acidente.: 02/12/2018

COMPREV
COMPRESSEUR DE PROVINCIA S.A.
26 SET. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data: Selânea - PB, 30/08/2019



X João 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)



RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-003988

Reconheço por autenticidade firma de:

JOÃO GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JÚNIOR

Dou fe', em testemunho da verdade. Selânea-PB, 30/08/2019 11:37:36

EMOL: R\$ 0,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPE: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AJB27215-2H03

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FLAVIA PATRÍCIA DANTAS DA SILVA - ESCREVENTE

Fazem Flavia Patrícia Dantas da Silva - Escrivãe Substituta

CRI → NCR / ORTO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

19/12

GOVERNO
DA PARAÍBA



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

Boletim de Atendimento: 1126636



Identificação do paciente

ID 1255929	Nome LENILSON TRINDADE RODRIGUES			Sexo Masculino
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38 anos 10 meses	Estado civil	Religião	Prontuário 106840
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				Pai VALDERY PIRES RODRIGUES
Escolaridade				Responsável (Parentesco) VALDICEA TRINDADE - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991465103	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3183675	Nº Cns 704601138965328		
Local de procedência SOLANEA		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade SOLANEA	CBQ/R		

Endereço

CEP 58225000	Município de residência SOLANEA	UF PB	Lagradouro MANOEL GOMES DE ARAUJO
Número 60	Complemento		Bairro BACHIO

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 14:15:57	Número da pulseira 100007117441	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 VEICULO X MOTO	

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 120 x 80	mmHg	P脉 89	Temperatura 36 SET. 2010
----------------	------	----------	-----------------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos:

Plantele escuro, ligeira dor abdominal, cintilares e rugas
mucosas, sanguinolenta e forte dor abdominal, dor no abd.

Conselho da equipe de pronto atendimento

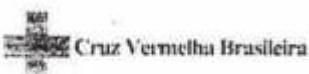
Donizaldo Batista
CORR 18.512-ENF

Diagnóstico	CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 41seg

Imprimir

Dr. Leonardo Soares de Lima
CIRURGIA GERAL/VIS/12/2018/14:15:57

02/12/2018 14:15



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 14:42:53	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA (FEZ INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA); TEVE TRAUMATISMOS NA CABEÇA (FCC NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL D) E NO PÉ DIREITO, ALÉM DE ALGUMAS ABRASÕES. SEM QUEIXAS NO TÓRAX/ABDÔMEN.

CONDUTA:

- 1.TC DE CRÂNIO/COLUNA CERVICAL;
2. RX DE TÓRAX/BACIA/PÉ D;
3. PARECER DA NCR/ORTO;

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38
Conduta

Dr. Leonardo Soárez de Lima
ORURGIA-GERAL/VIDEO-ORURGIA



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

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.126.536
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/18
ORA DO ATENDIMENTO	14:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	S01.8 + T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, fez ingestão de bebida alcoólica. Ferimento corto-contuso, com perda de substância, em região fronto-temporal direita. Ferimento no pé direito, torax e abdomen sem queixas. Consciente e orientado. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
RX de bacia
.X de pé direito
TC de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento. Medicado.

ALTA HOSPITALAR:	03/12/18
DATA DA EMISSÃO:	11/03/19

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

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:40:39	

Anamnese

##NCIR##

PACIENTE EVOLUI COM QUEIXA DE NAUSEAS, SEM VOMITOS.

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO
SEM DEFÍCITS
VIGIL, CONSCIENTE, OREINTADOCD: SINTOMATICOS
OBS NEUROLOGICA**MEDICAÇÃO**

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduita

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)



UTQ

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

Tel:

CNES: 454556

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMILTON AMARAL SEGUNDO	Nº Cons. Regional 5352/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:20:24	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA. PACIENTE REFERINDO NÁUSEAS. NEGA ALERGIAS.

AO EXAME:

PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TÉMPORO-FRONTAL DIREITA COM PRESERVAÇÃO DA INERVAÇÃO DO RAMO FRONTAL DO NERVO FACIAL.

CONDUTA:

- REALIZADO DEBRIDAMENTO DE BORDOS E RETALHO DE VIZINHANÇA COM ANESTESIA LOCAL E SUTURA COM NYLON 3-0
- OBS: DURANTE O PROCEDIMENTO, O PACIENTE PEDIU PARA INTERROMPER POR DUAS VEZES PEDINDO PARA VOMITAR. COMO JÁ HAVIA SIDO LIBERADO PELA NEURO E NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO NÃO RELATOU ESSES SINTOMAS, SOLICITO NOVA AVALIAÇÃO DA NEURO.
- ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

CID10

Código	Descrição
S01.9	Ferimento na cabeça, parte não especificada

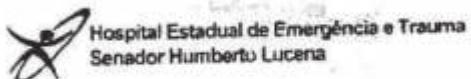
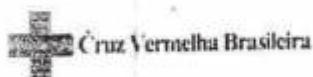
Conduta

Em observação



LENILSON TRINDADE RODRIGUES

EMILTON AMARAL SEGUNDO
(CRM: 5352/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1126536	02/12/2018 14:15:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/02/1980	38a 10m	Masculino	(83) 991465103
Mãe			Prontuário
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			106840
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	4518/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/12/2018 14:15:57		02/12/2018 19:58:58	

Anamnese

PACIENTE COM FERIMENTO DE PELE NO PE DIREITO, SEM LESÃO DE TENDÃO, RAIOS-X SEM FRATURA NEM LUXAÇÃO. CONDUTA: ALTA DA ORTOPEDIA. AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL PARA SUTURAS.

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
(-4518/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

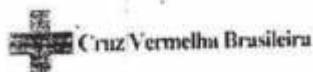
Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 18:39:56	
Anamnese			
PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PÉ D HÁ HORAS.			
HD: FERIMENTO EXTERNO NO DORSO DO PÉ D			
CD: SOLICITO TC DO PÉ D.			
EXAME DE IMAGEM			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO			
Conduta			
Em observação			

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES		1126536	02/12/2018 14:15:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
02/02/1980	38a 10m	Masculino	704601138965326	(83) 991465103
Mãe				Prontuário
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				106840
Endereço	Bairro	Município	UF	
MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEIA	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	8267/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
02/12/2018 14:15:57		02/12/2018 18:04:33		

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vítima de queda de moto, com perda de consciência, sem vômitos.
Nega dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cráneo sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

TC Coluna Cervical sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

Cd:

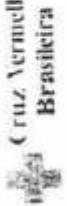
Orienta sinais de alarme.
Alta da neurocirurgia.

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 02/12/18 14:42
Usuário: LEONARDO
BoletoIn 1126536



PREScrição MÉDICA

Nome LENILSON TRINDADE RODRIGUES		Data de nascimento 02/02/1980	38a 10m	MASCULINO	1126536	106840	02/12/2018 14:42:00	
Maior do Atendimento		Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00					
Convenio SUS		Matrícula	Senha					
			Data da entrada: 02/12/2018 14:15:57	Data da Internação: 02/12/2018 14:15:57	Permanência na 27min	Permanência no Hospital		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aparazamento
1 DIETA ZERO	0,0			NEHUMA				
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	500,0	ML		E.V.				AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.				AGORA
Diluir em	0,9% (FRASCO 100ML)							
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.				AGORA
Diluir em	Solução Fisiológica 0,9%							
	10,0	ML						

ReImpresso pag. -

Assinatura e Carimbo do Profissional

D. LIMA
LEONARDO SOARES DE LIMA
CRM: 2170

Douville Banting
Corps 516512, E.M.

Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

Data: 03/12/18 03:40
Usuário: TOMAS CATAO
Boleim 1126536

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de nasc.	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	02/02/1980	38a 10m 1d	MASCULINO	1126536	106840	03/12/2018 00:40:39
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição		
				03/12/2018 00:40:00 - 04/12/2018 00:40:00		
Convenio	Matrícula			Senha		
SUS						
	Data da entrada:		Data da Internação:		Permanência na	Permanência no
	02/12/2018 14:15:57		03/12/2018 10h 25min		10h 25min	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pós	Apazramento
1 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	4.0	ML		E.V.			AGORA

Reimpresso por: -
dia: -
Caraíba

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

Tomás Catao Monte Raso
Definitivo



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa 2018-12-03 09:50:16,0
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
M5c MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 09:50:20	

Anamnese

#NCR

PACIENTE EVOLUI COM MELHORA DOS VOMITOS.
JA LIBERADO DAS DEMAIS CLINICAS

CD.

ALTA DA NCR

ALTA HOSPITALAR

Conduta

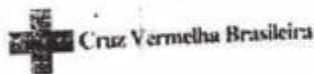
Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Data e Hora 03/12/2018 09:50:16
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB/7423DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1126536	02/12/2018 14:15:57	
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	CNS 704601138965326
Mae MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	NP Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Clasificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 08:26:36	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 18H (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA FERIMENTOS SUTURADOS EM FACE E PÉ D + ESCORIAÇÕES EM MEMBROS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA. REFERE VÔMITOS. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR, NEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS E MMII. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á PALPAÇÃO. JÁ AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA PLÁSTICA E ORTOPEDIA. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Atendimento: 201831745671

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ausência de traços de fratura com desalininhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:04

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região parietal direita.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:06.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Galba L. O. Aquino".

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Atendimento: 201831745909

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Ausencia de sinais de fratura.

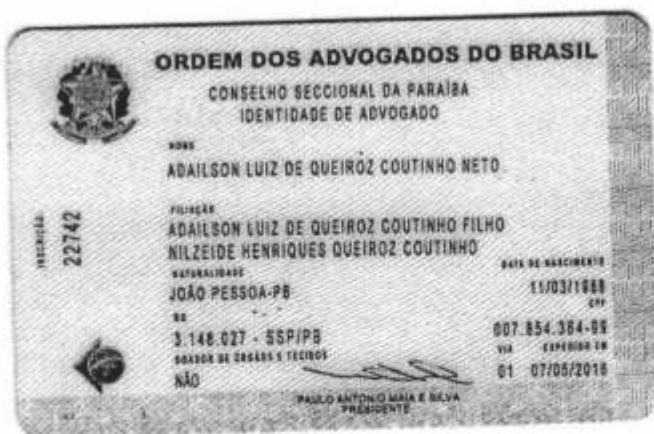
Lesão de aspecto ulcerado nas partes moles na região do dorso do pé, com focos gasosos de permeio, compatível com processo infeccioso.

Sugere-se complementar com RM.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 06/12/2018 21:18.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



COMPREV
COMPRA-VENTA DOCUMENTARIA S/A
23 SET. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553962 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL A DIREITA (COM PERDA DE SUBSTANCIA).
TRAUMA CORTO CONTUSO NO DORSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO E SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5 _CIRURGIA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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 PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-062

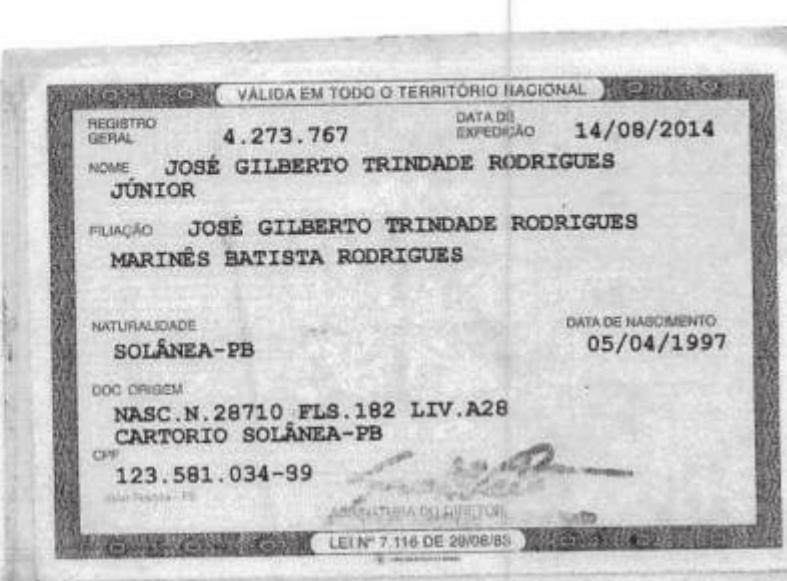


CÓDIGO DE CONTROLE
66B1.90F4.FCE2.F07C

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



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334305/19

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

CPF: 088.964.554-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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