
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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

Nome completo: Isaíilson Trindade Rodrigues CPF: 088.964.554-05

Profissão: Recebeu o Endereço: Rua Belizol Perna Número: 43 Complemento: _____

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Opexco - 033

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

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 58218 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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





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

COMPREENSÃO DE OCORRÊNCIA SIA.
26 SET. 2019
PROTOCOLADO
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 Rodrigues*



Elaborado por: *Vanildo Wanderley Lins Filho* VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 23 de dezembro de 2018

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



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 Similson Brundade Rodrigues portador de RG sob Nº 3183675 na cidade de Solanée e transferido para o H. de Emergência e Trauma doador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa no dia 02 / 12 / 18.

Solânea, 02 / 05 / 19

[Assinatura]
EMPRESA
COREN-PB 317.186

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVENÇÃO
28 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data: 02/12/2018	Ocorrência Nº: 2274699	Paciente / Usuário: Benilton Trindade Rodrigues	Idade: 38	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: BASE DO SAMU		Bairro: centro	Médico Regulador: Honorino	
Apoio 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"/> Outros:				
DESTINO: LOCAL: H Trauma JP				
RESPONSÁVEL: Dr. Leonardo Soares de Lima			Paciente Regulado: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

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

CINEMÁTICA / CAUSA

☐ Queda <5m ☐ Queda >5m ☐ Queda própria altura ☐ Queda de moto ☒ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO

☒ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☒ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO

☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO: _____

☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: _____ OU DENTRO DO VEÍCULO: _____ AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR. ☐ ESQ.

☐ AFOGAMENTO GRAU: _____ ☐ QUEIMADURA GRAU: _____ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAS. ☐ FAF.

☐ OUTRO: _____

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSIVO FÍSICA

☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA

☐ ENVENENAMENTO POR: _____

EXAME FÍSICO MÉDICO

Econstrado: ☐ DECÚBITO LATERAL ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO

EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____

Nível de Consciência: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒ ALGO DESORIENTADO ☒ HÁBITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO

INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO: _____

Queixa: ☐ DOR / LOCAL: _____ ☐ PARESTESIA / LOCAL: _____ ☐ OUTRA: _____

LESÕES APRESENTADAS:

☒ ESCORIAÇÕES / LOCAL: M+D ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____

☒ CORTE / LOCAL: FRENAL D+MIGRE ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ ☐ CALMBRA / LOCAL: _____

☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ ☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL: _____

☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____ ☐ EDEMA / LOCAL: _____

☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ ENTORSE / LOCAL: _____ ☐ HEMATOMA / LOCAL: _____

☐ LUXAÇÃO / LOCAL: _____ ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ EQUIMOSE / LOCAL: _____

☐ OUTRO: _____

DADOS VITAIS

VVA: ☒ 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): ☐ >90 ☐ <90

PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFURAÇÃO MMSS ☐ < 2 SEGUNDOS - MMII ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: _____ %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: <input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA <input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE <input type="checkbox"/> DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DAS VVA <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE
--	--	--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PA 120x80 mmHg, HT: 121 mg/dL, FC 82 bpm, T 36.5°C, SpO2 100%, 92%

☒ COLAR CERVICAL TAM: M+D ☐ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA ☐ TIRANTES ☐ PRANCHA RÍGIDA ☐ KED / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES

☒ A. V. P. COM ABOCATH Nº: 19A ☐ MSE ☒ MSD / ☐ SRI 600 ml SF 0.9% ☐ ml / MEDICAÇÃO: GLICOSE + COMPLEXO B

021/min MASCARA COM SERV. ☐ CATETER NASAL / ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ NSD ☐ MIE ☐ MID / ☐ MACA A VÁCUO /

☐ IMOBILIZADOR DE OBJETO IMPALADO / ☐ EXTRICAÇÃO / ☒ CURATIVO: ☒ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: ☐ OLHO E

☐ OLHO D / ☐ VELPEAU / LOCAL: _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: _____

☐ CÂNULA DE GUEDEL Nº: _____ ☐ CATETER NASAL _____ /min MASCARA C/RESERVATÓRIO _____ /min ☐ I. TRAQUEAL Nº: _____ ☐ M. LARÍNGEA Nº: _____

☐ V. MECÂNICA ☐ CRICO: ☐ PUNÇÃO ☐ CIRÚRGICA ☐ TORACOCENTESE ☐ E ☐ D DRENAGEM TORÁCICA ☐ E ☐ O PERICARDIOCENTES

☒ MONITORIZAÇÃO DE C.G. ☐ ETCO - RCP ☐ MANUAL ☐ AUTOPULSE / DESFIBRILAÇÃO ☐ MANUAL ☐ AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS

☐ FRASCOS EV. FENTANIL _____ mg ☐ SUCCINILCOLINA _____ mg ☐ MIDAZOLAM _____ mg ☐ DIAZEPAN _____ mg ☐ OUTROS: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Amanda COREN: 387913 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: D. Bartolin COREN: _____

CONDUTOR: Beninaldo SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____

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



Local: MONOFÁSICO
Clt/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 10-44-70-4950 Referência: Set / 2019
Medidor: 00001127408 Emissão: 17/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.615.023-40

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica nº 001 104 407
Cód. para Dth Automática: 00007072352

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

UC (Unidade Consumidora): 5/307235-2

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 16/09/19 Leitura: 13333	Data: 17/09/19 Leitura: 13387	1	54	32

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alc. Icms (R\$)	Base Calc. Fcp (R\$)	Valor (R\$)	Alc. PIS (R\$)	Alc. COFINS (R\$)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,189360	5,68	0,00	0,00	5,68	0,36	0,36
0701	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	24,000	0,339240	8,17	0,00	0,00	8,17	0,36	0,36
0801	Adic. B. Vermeia	1,04	0,00	0,00	0,00	0,00	1,04	0,31	0,06
0910	Subsídio			17,56	0,00	0,00	17,56	0,17	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			7,90	0,00	0,00	7,90	0,00	0,00
0908	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019			0,05	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00
0909	Devolução Subsídio			-18,59	0,00	0,00	-18,59	0,00	0,00

CD: Código de Classificação do bem: TOTAL 23,52 0,00 0,00 23,52 0,36 7,49
Tarifa / Tributos: Alíquota: 0,185450 Alíquota: 0,317940

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

Histórico de Consumo (kWh)															
80	69	78	68	71	91	70	65	74	57	52	46	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18
Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agos/19								

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

Indicadores de Qualidade 7/2019: BAKKERAS

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL 220	Serviço de Dist. de Energia	1,19	22,50
DIA TRIMESTRAL	11,82			Compreensão de Energia	1,19	22,50
DIA ANUAL	23,64			Serviço de Transmissão	1,19	22,50
FIC MENSAL	7,22	0,00		Energia Retornada	0,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	14,44		CONTRATADA	Imperfeições Operacionais e Energias	0,00	0,00
FIC ANUAL	28,88		LIMITE INFERIOR 202	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	9,45	0,00	LIMITE SUPERIOR 231			
DMIC	12,22					
				Total	23,52	100,00

Valor de USD (Ref 7/2019) R\$ 6,00

ATENÇÃO

- REAVISOS DAS FATURAS NÃO SÃO CONSIDERADOS EM ATRASO. O FOMENTO SUPERA PERMISSÃO A PARTIR DE 05/10/2019. Conforme Resolução 474/ANEEI, O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, salvo o mesmo não ser comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso estas faturas estejam pagas, desconsiderar esta mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REABILITADAS: após 05/08/19 a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento, até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,50.
Reajuste Tarifário-Vigência 28/08/18-Res ANEEI nº 2.395 - Ats Tensão 4-4,40kV Mediu
Reajuste Tarifário-Vigência 28/08/18-Res ANEEI nº 2.395-Baixa Tensão 4-23kV Mediu

Faturas em atraso

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06301.615172 9 80340000002352

PAGADOR MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 051.757.834-40
RUA BEUSIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA / PB CEP: 58225000

Nosso Nr.	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006301415	000307235201909	06/10/2019	R\$ 23,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.183/0001-40
B-230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600

Agência / Código do beneficiário: 3054 3/2447-9

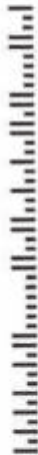


COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA DA
VÍTIMA!

COMPRES
COMPRES SEGURANÇA DE DOCUMENTAÇÃO
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM: 08/05/2019

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



7211307021378224802201863130060519

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTAÇÃO S/A
25 SET. 2019
PROTOCOLO
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/BIBLIOTECASWEB/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 Adilson Luiz de Oliveira Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.354 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benilson Trindade Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Benilson Trindade 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>Avenida Tororopo</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Jacó Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.cdv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

Jacó Pessoa-PB 26 de Setembro de 2019
Local e Data

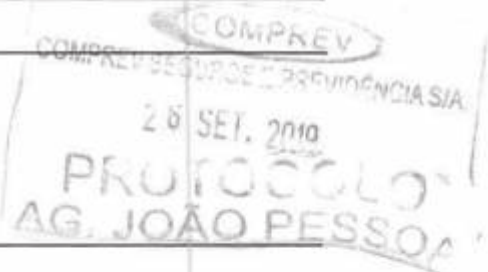
Adilson Luiz de Oliveira Coutinho
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,
RG nº 4.273.767, data de expedição 14 / 08 / 14,
Órgão SSD5/PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,
com Domicílio na cidade de Solânea, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lício Belormine de Medeiros
lento nº 89, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do _____ acidente _____ ocorrido com a vítima
Leonilson Trindade Rodrigues, cujo o condutor
era Leonilson Trindade Rodrigues.

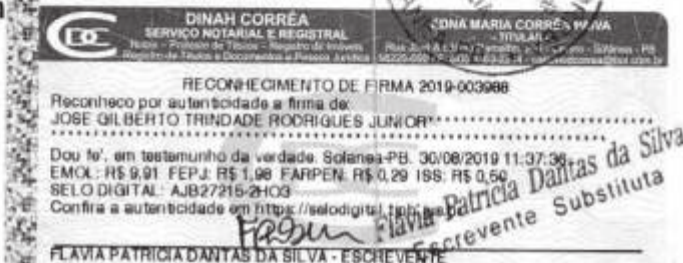
Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2016
Modelo.....: Honda / 700 110I
Placa.....: QFP 6736/PB
Chassi.....: 9C2 JB 0100HR 223689
Data do acidente.: 02/12/2018

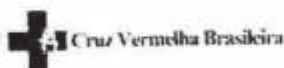
Local e data: Solânea-PB, 30/08/2019



X José Gilberto Trindade Rodrigues Júnior
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1126536



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 704601138965326				
Local de procedência SOLANEA		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
Email	Naturalidade SOLANEA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58225000	Município de residência SOLANEA	UF PB	Logradouro 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	Pulso 89	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente ECG, litoma da cabeça, avaliação e exame físico, solicitação de exames de imagem, exame de urina, avaliação da equipe de pronto socorro.						
Diagnóstico					CID	
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA					Tempo 41seg	

Imprimir

Dr. Leonardo Soares de Lima
- PRONTO-SOCORRO - 14-12-2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	1126536	02/12/2018 14:15:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
02/02/1980	38a 10m	Masculino	704601138965326
Mãe			Telefone de Contato
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			(83) 991465103
			Prontuário
			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	LEONARDO SOARES DE LIMA	2170/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/12/2018 14:15:57		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 Soares de Lima
Cirurgia-Geral/VIDEO-Cirurgia



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
HORA 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.

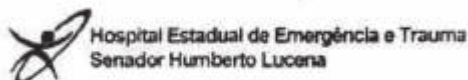
TRATAMENTO:

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 (93) 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 DEFICITS VIGIL, CONSCIENTE, OREINTADO CD: SINTOMATICOS OBS NEUROLOGICA			
MEDICAÇÃO ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA			
Conduta 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	CNS 704601138965326
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	Prontuário 105840
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMILTON AMARAL SEGUNDO	UF PE
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Nº Cons. Regional 5352/PB	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 TÊMPORO-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

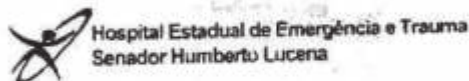
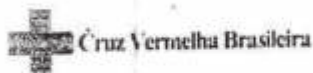
Código	Descrição
S01.9	Ferimento na cabeça, parte não especificada

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES


EMILTON AMARAL SEGUNDO
(CRM: 5352/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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	CNS 704601138965326	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 105840	
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60		Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PE
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 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 Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

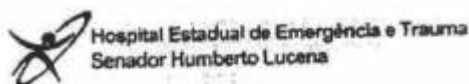
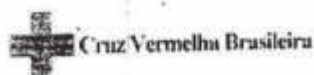
Tel: 32165700

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	CNS 704601138965326
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60			Prontuário 106840
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 HISTORIA DE TRAUMA NO PE D HÁ HORAS.			
HD: FERIMENTO EXTENSO NO DORSO DO PE D			
CD: SOLICITO TC DO PE 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 LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 36a 10m	Sexo Masculino	CNS 704601138965326
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	Prontuário 106840
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	UF PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 18:04:33	Nº Cons. Regional 8267/PB

Anamnese

Neurocirurgia

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

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

TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia.
TC Coluna Cervical sem afecções neurocirurgica de urgencia.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
Alta da neurocirurgia.

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LENILSON TRINDADE RODRIGUES
 Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito
 Data de: 02/02/1980
 Idade: 38a 10m
 Sexo: MASCULINO
 N° Prontuário: 106840
 N° 1126536
 Validade da Prescrição: 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00
 Data Prescrição: 02/12/2018 14:42:53
 Matrícula:
 Convenio: SUS
 Permanência na: 27min
 Permanência no:
 Senha:
 Data da entrada: 02/12/2018 14:15:57
 Data da Internação:
 Via de:
 Veloc. Int.:
 Pos:
 Aprazamento:
 Reimpresso por:
 dia: -

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1 DIETA ZERO	0,0			NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500,0	ML		E.V.		AGORA	
3 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		AGORA	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		AGORA	
4 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					

Dr. Leonardo Soares de Lima
 CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Cruz Vermelha
Brasileira

Data:	03/12/18 00:40
Usuário:	TOMAS CATAO
Boleim	1126536

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	LENILSON TRINDADE RODRIGUES	Data de	02/02/1980	Idade	38a 10m 1d	Sexo	MASCULINO	Nº	1126536	Nº Prontuário	106840	Data Prescrição	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	SUS	Matrícula											
		Senha											

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	------------

1	ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	4,0	ML		E.V.		AGORA
---	-----------------------------------	-----	----	--	------	--	-------

(2) Plavix 1comp EV. 100mg.

Reimpresso por: *[assinatura]*
dia: *[assinatura]*

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

Discreto
Deposito
100mg
100mg

AREA VERMELHA

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

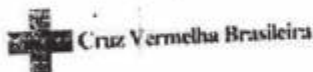
Tel:

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	CNS 704601138965326
Mão MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 991465103
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60			Prontuário 106840
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
Neurocirurgia
CRM-PB/7423DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1128538	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		CNS 704601138965328	Prontuário 106840
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	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 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 À 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**
Senador Humberto Lucena

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 desalinhamento 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 clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

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

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

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 intravenoso.

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.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

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.

Ausência 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

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO TITULAR

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

BARCODE

CAB

Observações

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-05

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS
NÃO

VIA EXPEDIENTE
01 07/05/2018

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

RECIBO 22742

COMPREV

COMPRESSÃO DE PROVA S/A

23 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

41491-1114577-20161205

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



Jose Gilberto Trindade Rodrigues Junior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.273.767 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2014

NOME JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JÚNIOR

FILIAÇÃO JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES MARINÊS BATISTA RODRIGUES

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

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

CPF 123.581.034-89

SECRETARIA DO INTERIOR
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

CPF de: Próprio

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