
Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025388

Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARLINDO MENDES DA SILVA

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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025388

Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARLINDO MENDES DA SILVA

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 15/08/2019, emitido pelo Dr. ALDENIO AMORIM DE LIMA CRM nº 5815 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200025388 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ENTERORRAFIA, 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: DOC PÁG. 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12 14 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

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 ASI: _____ CPF da vítima: 545.198.534-00 Nome completo da vítima: Arinaldo Mendes da Silva

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

Nome completo: Arinaldo Mendes da Silva CPF: 545.198.534-00

Profissão: Corregedor Endereço: Rua Henrique Joaquin Santos Número: 309 Complemento: _____

Bairro: João Paulo II Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: arandereis@leaoe.com.br Tel. (DDD): (83) 3330-0304

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

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 98464 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE FIM DOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa/PB 14/07/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13400.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13400.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:50 horas do dia 21 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Arlindo Mendes da Silva**, CPF nº 545.198.534-00, nacionalidade brasileira, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Cicero Mendes da Silva, natural de Arcia/PB, nascido(a) em 03/10/1956 (63 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Henrique Joaquim dos Santos, Nº 309, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Barraca do Geni, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98872-2956.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Km 25, Marês, João Pessoa/PB, bairro Jardim Veneza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (ATROPELAMENTO) PROVOCADO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, CUJA CONDUTORA O NOTICIANTE/VÍTIMA NÃO SABE INFORMAÇÕES, ATÉ PORQUE FICOU DESACORDADO DEVIDO AOS FERIMENTOS, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU(PROTOCOLO 2522075), AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA/PB; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO POR DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 I 60 + S 36.4; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

João Pessoa/PB, 21 de novembro de 2019.

Arlindo Mendes da Silva
ARLINDO MENDES DA SILVA

Noticiante



SERVIÇO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO E REGISTRO IMOBILIÁRIO DA ZONA SUL
Av. Espírito Santo, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 54020-000
Fone: (83) 3222-2189 - E-mail: armando@serviçonotariocarlosulysses.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de
ARLINDO MENDES DA SILVA conforme autógrafo
arquivado 64819. Dou fê.
João Pessoa-PB, 26/11/2019. Josivaldo Joaquim de Santana -
Escrevente
Selo: AJG91517-767U, consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial: 13400.01.2019.1.00.401

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 ASI: _____ CPF da vítima: 545.198.534-00 Nome completo da vítima: Arinaldo Mendes da Silva

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

Nome completo: Arinaldo Mendes da Silva CPF: 545.198.534-00

Profissão: Corregedor Endereço: Rua Henrique Joaquin Santos Número: 309 Complemento: _____

Bairro: João Paulo II Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: arandereis@leaoeduardo.com.br Tel. (DDD): (83) 3330-0304

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

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 98464 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE FIM DOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa/PB 14/07/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ARLINDO MENDES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 03/10/56
NOME DA MÃE SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.181.721
Nº PRONTUARIO 117.389
DATA DO ATENDIMENTO 06/08/19
HORA DO ATENDIMENTO 21:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S) HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE D + TRAUMATISMO DO INTESTINO DELGADO
CID 10 I 60 + S 36.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento de pedestre (colisão moto x bicicleta), trazido pelo SAMU, apresentando ferimentos corto-contusos em membro inferior D, edema importante em joelho D, com crepitação à mobilização + ferimento corto-contuso em frente D e escoriações pelo corpo. Relato de uso de bebida alcoólica. Glasgow 14. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC do abdome superior
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P
RX do pé D - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Hemorragia subaracnóide de alta convexidade mais D à TC do crânio. Pneumoperitônio à TC do abdome e USG. Sem alteração aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico com laparotomia exploradora + enterorrafia pelo Dr. Fernando Ramalho e equipe de Cirurgia Geral. Tratamento conservador da hemorragia cerebral pela equipe da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 16/08/19
DATA DA EMISSÃO: 19/11/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 035.674.852



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 15.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

JEANE DOS SANTOS SILVA BARBOSA
RUA HENRIQUE JOAQUIM SANTOS 309
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1029554-1

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

17/12/2019

CONSUMO

170

VENCIMENTO

24/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/12/2019

Pagador: JEANE DOS SANTOS SILVA BARBOSA CNPJ/CPF: 037.715.624-81

RUA HENRIQUE JOAQUIM SANTOS 309 - JOAO PAULO II - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007798696	001029554201912	24/12/2019	R\$ 150,33	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40

LACERDA SANTANA ADVOCACIA
AV DOM PEDRO II 705
CENTRO
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura.

Nº do Cliente: 952/94437
Nº da Conta: 101518218
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-67
CNPJ Filial: 40.432.544/0061-20

2ª Via de Fatura
Período de Uso de 14/07/2019 a 13/08/2019
Vencimento 03/09/2019
Total a Pagar R\$ 1.264,35

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais			
Oferta Conjunta Claro MIX		R\$	1.199,72
Claro Life Ilimitado 500MB			-
Claro Life Ilimitado 5GB			-
Aplicativos Digitais			-
PJ Bônus de Internet Turbo - 5GB		R\$	0,00
Pacote Mobilidade		R\$	0,00
Pacote Social		R\$	0,00
Interurbanas e Rec. em viagem		R\$	24,37
Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes		R\$	39,22
Parcelamento de Aparelho		R\$	3,33
Descontos		R\$	-2,29
Total do Mês		R\$	1.264,35

Total a Pagar R\$ **1.264,35**

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento na Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LACERDA SANTANA ADVOCACIA	101518218	14/07/19 a 13/08/19	R\$ 1.264,35	03/09/19
	Claro NE DDD 81 a 89			

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Almeida Brandão
inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.139.414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Arleindo Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.192.534 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Arleindo Mendes da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 545.192.534 / 00, 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>Av. Dom Pedro II</u>	Número: <u>705</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>previdenciario@locadacantoneira.com.br</u>	CEP: <u>58013-400</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 3332-0304</u>

Local e Data: João Pessoa/PB 14/01/2020

Thiago de Almeida Brandão
Assinatura do Declarante



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Artur da
Mendes da Silva

portador do RG _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no
horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID -10 M17

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 20
cento e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 27.11.19

Arturo S
gallus D

Assinatura e Carimbo do Médico

Eu, _____, autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado

CID ou por extenso neste atestado médico

Assinatura do Paciente ou Responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Pacote, Fisiologia e Exercícios

*Felipe
20/03*

20/03/12

20/03

*1 exemplo 12/12 0,8
por 26 dias*

21.11.19

[Signature]
Diretor Clínico

829



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

ARLINDO MENDES DA SILVA

Data de nascimento:
01/01/1956

Idade

63a 7m 6d

BAE

1181721

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

06/08/2019 21:05:45

CNS

Data Saída

Telefone de Contato
(83) 00000000

Prontuário

Mãe

SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço

COSTA E SILVA, 462

Bairro

COSTA E SILVA

Município

JOAO PESSOA

Acidente

MOTO X BICICLETA

Motivo

ACIDENTE DE BICICLETA

Profissional

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS

Data/Hora Classificação

06/08/2019 21:05:45

Data/Hora Prescrição

07/08/2019 01:42:11

UF

PB

Nº Cons. Regional
11815/PB

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE REALIZOU TC DE ABDOME. SEM LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE SEM ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS VISÍVEIS CD: MANTER EM OBSERVAÇÃO

Conduta

Em observação

Deborah Nobrega
Médica
CRM 11815

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21

PA = 180 x 80 (06-05-15)

out + geral + Neuro + Feb.



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SEGUI

o trabalho

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ARLINDO MENDES DA SILVA	BAE 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Saída
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63a 7m 6d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 960090000
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO		CNS	Prontuário
Endereço COSTA E SILVA, 462	Bairro COSTA E SILVA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional DEBORAH NOBREGA DE FARIAS	Nº Cons. Registra 11815/PB
Data/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição 07/08/2019 00:58:57	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE CONTINUA REFERINDO DOR ABDOMINAL FAST NORMAL (SIC- AINDA NAO SAIU NO SISTEMA)
SOLICITO TC ABDOMINAL MANTER EM OBSERVAÇÃO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: E INFERIOR)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

*Deborah Nobrega
Médica
CRM 11815*

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUIE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ARLINDO MENDES DA SILVA	BAE 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Saída
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63a 7m 5d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 000000000
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO		CNS	Prontuário
Endereço COSTA E SILVA, 462	Bairro COSTA E SILVA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional DEBORAH NOBREGA DE FARIAS	Nº Cont. Regional 11815/PB
Data/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição 06/08/2019 23:00:12	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE EVOLUIU COM DOR ABDOMINAL AO EXAME. DEFESA INVOLUNTARIA SOLICITO FAST AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA PODER REALIZAR SUTURA APÓS

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

*Deborah Nobrega
Médica
CRM 11815*

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ARLINDO MENDES DA SILVA	BAE 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Base
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63a 7m 6d	Sexo Masculino	Teléfono do Celular (83) 00000000
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO			Prontuário
Endereço COSTA E SILVA, 462	Bairro COSTA E SILVA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional DEBORAH NOBREGA DE FARIAS	NP Cons. Regional 11815/PB
Data/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição 06/08/2019 21:18:47	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO DE PEDESTRES, SENDO ELE O MOTOCICLISTA. REFERE DOR EM MID. NEGA USO DE CAPACETE, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, COMORBIDADES OU ALERGIAS. AO EXAME. A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. MAF. AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C: NORMOCAPNICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 14, EBRIO. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM MID E EDEMA IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO, COM CREPITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO, FERIMENTO CORTOCONTUSO EM FRONTE À DIREITA DO CRÂNIO. RX DE MID, JOELHO DIREITO E PÉ DIREITO 2. SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR, BMF E DA ORTOPEDIA 3. SUTURAR ETC. AVALIAÇÕES

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação


Deborah Nobrega
Médica
CRM 11815

ARLINDO MENDES DA SILVA

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sensibilizando a população



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 15/08/2019 08:49:50

Nome ARLINDO MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1181721	Data/Hora Entrada 08/08/2019 21:05:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/10/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 160634171690018	Prontuário 117389
Tempo de Internação 7d 18h 51min		Convênio SUS	Plano DIURNO	
Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Internação 07/08/2019 13:58:03	Permanência na Unidade 8d 11h 44min	Permanência no Leito 5d 2h 42min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 15/08/2019 08:49:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

08ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO

CONDUTA: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
MÉDICO CIR. VASCULAR
15/08/2019



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sede: Humberto Lisboa

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SEGUE

o trabalho

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 10/08/2019 09:34:46

Nome ARLINDO MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/10/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 160634171690016	Prontuário 117369
Tempo de Internação 2d 19h 36min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Internação 07/08/2019 13:58:03	Permanência na Unidade: 3d 12h 29min	Permanência no Leito: 3h 27min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 10/08/2019 09:34:46)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#3ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.

CONDUTA: VPM.

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5615

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CRM: 10.000.000-0
10/08/2019



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 09/08/2019 09:32:10

Nome ARLINDO MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/10/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 150634171690018	Prontidão 117389
Tempo de Internação 1d 19h 34min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Internação 07/08/2019 13:58:03	Permanência na Unidade: 2d 12h 27min	Permanência no Leito: 1d 19h 34min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 09/08/2019 09:32:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#2º DPO - LE+ ENTERORRAFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.

CONDUTA: VPM.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 001
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 3615

ALDENIO AMORIM DE LIMA
Médico Geral - R. 130.148
09/08/2019



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNES: 2778696 - Tel.: 8332.155700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 08/08/2019 09:48:19

Nome ARLINDO MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/10/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 160634171690018	Prontuário 117389
Tempo de Internação 19h 50min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Internação 07/08/2019 13:58:03	Permanência na Unidade: 1d 12h 43min	Permanência no local 19h 50min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 08/08/2019 09:48:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#1ºDPO - LE+ ENTERORRAFIA (PRÓXIMO AO TREITZ)

PACIENTE EVOLUI BEM ESTÁVEL E SEM QUEIXAS, SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.

CONDUTA: VPM.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 001
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

Nome ARLINDO MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/10/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 160634171690018	Prontuário 117339
Tempo de Internação 7d 23h 56min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Internação 07/08/2019 13:58:03	Permanência na Unidade 8d 16h 49min	Permanência no Leito 5d 7h 47min	

EVOLUÇÃO: DESCRIVER CARACTERÍSTICA DA LESÃO (ATENÇÃO) . REALIZAR CURATIVO 1X DIA E/OU S/N (10) . REALIZAR MUDANÇA DE POSIÇÃO A CADA 2/2H (8,10,12,14,16,18,20,22,24,2,4,6) . INFORMAR O PACIENTE SOBRE OS PROCEDIMENTOS ANTES DE EFETUÁ-LOS (CIENTE)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO) . REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SÍTIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO) . REALIZAR ANTISSEPSE DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ALCOL 70% EM MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO) . OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES IV (ATENÇÃO)

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: ELISABETH DE SOUZA CORREIA

Número Conselho: 59671

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (ELISABETH DE SOUZA CORREIA - 15/08/2019 13:54:20)

AValiação INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

DIAGNÓSTICO: DOR

REGULAÇÃO TÉRMICA

DIAGNÓSTICO: RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

NUTRICIONAL

DIAGNÓSTICO: NUTRIÇÃO SATISFATÓRIA

INTEGRIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

ATIVIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: ATIVIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: ELISABETH DE SOUZA CORREIA

Número Conselho: 59671

RELATÓRIO DE CIRURGIA

11/2014

Nome: Arthur do Nascimento da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + ENTERORRAFIA
 Cirurgião: FERNANDO RAMALHO 1º Assistente: ISABELLE
 2º Assistente: Renato Benedito 3º Assistente: _____
 Instrumentador: [Assinatura] Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>TRAUMA ABDOMINAL FECHADO</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</u>	
<u>ENTERORRAFIA</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: [Assinatura]
 Dr. Fernando Ramalho
 CRM: 21.577
 Cirurgião Aparência Digestiva
 Video Laparoscópico
 Rua da Costa

João Pessoa, 01/08/19

NAME OF PLANT: Alouatta palliata Red Howler

FILE # 63 冊 118121 附註 110 日期 1983.10.13

Ergebnis: $11 \frac{1}{2}$

Dr. Victor Marshall

1231. Shard

Mr. W. W. W. W.

Stamp dated
F. 819 TRUPO ENCARGADO - ANESTESIA MEDICA 00011340 PUEBLO DE SAN JUAN

ICE 25 3150 OF 0010184 - 451 (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

COLECCIONES ACADÉMICAS	OTR	<i>Urbano</i>	☒	A. J. TERESA
------------------------	-----	---------------	-------------------------------------	--------------

[illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DELTAS

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em ADH 54 anestesia geral

Incisão:

- Incisão mediana supra e infra umbilical

Achados:

Achados: Ruptura de alça do jejuno
de $\pm 1,5$ cm do ângulo de Treitz.

Conduta:

- Redução do conteúdo do ceco e
extensão da incisão para permitir a
sutura contínua em planos
unidos.
- Injeção exsúrcula de curandade
e 100 mg morfina
- Redução do conteúdo de ceco.
- Contagem de compressas
e checka pen.

Fechamento:

- Sutura da parede por planos
anastomose
- Curandade

Observação:

Médico/CRM:

[Assinatura]
Dr. Ramalho
CRM 12345
Clínica Amarelo Dente SMC
Vício Local, Oculista
Cirurgião Geral

João Pessoa, 07, 08, 19.



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



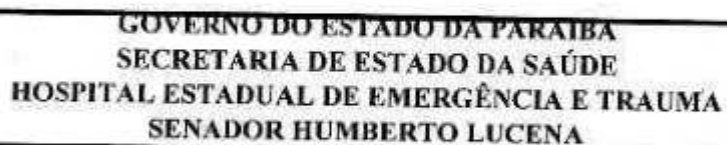
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Documento de Alta

Nome: ARLINDO MENDES DA SILVA			
Data de Nascimento: 03/10/1956	Sexo: Masculino	Data de Internação: 07/08/2019 13:58:03	Número: 117389
Motivo da alta: ALTA MEDICA		Data de A: 16/08/2019 08:14:36	
Conduta: conduta=PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO X BICICLETA COM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO			
Resumo da Internação: resumoInternacao=REALIZADO LE COM ENTERORRAFIAS			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=SUPRACITADOS			
Diagnóstico: T14.9 - Traumatismo não especificado			
Recomendações: recomendacoes=DIETA PASTOSA POR 03 DIAS			

Data: 16/08/2019


CARLOS MAGALHÃES FRANÇA
CRM: 3792 - PB



NOME	ARLINDO MENDES DA SILVA				
		LEITO		DATA	16/08/2019

ATESTO QUE ARLINDO MENDES DA SILVA
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
07/08/2019 A 16/08/2019
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 60 DIAS. CID-T 14.9

CARLOS FRANCA
3792



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

NOME ARLINDO MENDES DA SILVA

ENF.		LEITO		DATA	16/08/19
------	--	-------	--	------	----------

LISADOR

01cxs

Tomar 1 cp 8/8h, EM CASO DE DOR.

CIPROFLOXACINO 500mg 20CP 01cx

TOMAR 01 CP VO 12/12H, 10dias.

OBS.: REPOUSO PRIORITÁRIO DURANTE 60 DIAS (NÃO FAZER ATIVIDADES COM ESFORÇO FÍSICO)

CARLOS FRANCA
3792

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 12/08/19	ID da Ocorrência: 12235	USB ☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 25	Plantão: ☐ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 2 Hs	Hora de Chegada: 12:00
Paciente / Usuário: <u>Adriano de Jesus</u>				Idade: 33	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone: _____
Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Candeia ☐ Outro: _____						
Logradouro: <u>R. 230</u>				Bairro: <u>230</u>	Médico Responsável: _____	
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☒ Duas ☐ Três ☐ Mais de três: _____						
Apelo no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRE ☐ BRT/PM ☐ Outros: _____						
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Exatidão do Local ☐ Trota ☐ Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Transporte						
Destino (Unidade Hospitalar): _____				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSPERÊNCIA
Motivo: _____	Hospital de Origem: _____
	Responsável: _____
	Hospital de Destino: _____
	Responsável: _____
> CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☒ Queda de moto <u>relato</u> ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: _____ ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____	ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Doença Mental ☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal ☐ AVC ☐ Drogas ☐ Convulsões ☐ Hipertensão (Medic.) ☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores ☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios ☐ Doença Infecção-contagiosa ☐ Medicamentos em uso: _____ Quais? _____

1. DADOS VITAIS

PA: 120/80 FC: 97 FR: 18 HGT: 1,65 SpO2 - S/O2: 98% SpO2 - O2O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Deficiência de conhecimento sobre a doença

Intervenções: orientação e educação em saúde

Evolução do Enfermeiro: paciente orientado e educado

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Secretaria Municipal de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332155700

Boletim de Atendimento: 1181721



Identificação do paciente

ID 1427611	Nome ARLINDO MENDES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63 anos 7 meses 5 dias	Estado civil
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO	Religião	Profissão
Escolaridade	Pai NAO IDENTIFICADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 000000000	DDI
Tipos documentos	Número documento	Telefone
Local de procedência OITIZEIRO	Nº Cns	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
Endereço	CSC/R	
CEP 5081168	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
INúmero 2	Complemento	Lugar de origem COSTA E SILVA
		Endereço COSTA E SILVA

Admissão

Data e Hora 06/08/2019 21:05:45	Número da pulseira 1000007276230	Contêiner SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

06/08/19 Paciente trazido do pùb 50m de entrada neste setor vítima de colusão moto x bicicleta. no momento consciente e orientado, relata ter feito uso de bebida alcoólica, em quantidade de 02l.

Diagnóstico	Erica da Branco COREN/PB 124615-EMF	OD
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA		Tempo 03min 36seg

Imprimir

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

**GOVERNO
DA PARAÍBA****SEGUE***o trabalho***CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente:

ARLINDO MENDES DA SILVA

Data de nascimento

01/01/1956

Mãe

SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço

COSTA E SILVA, 462

Acidente

MOTO X BICICLETA

Data/Hora Classificação

05/08/2019 21:05:45

BAE

1181721

Sexo

Masculino

Bairro

COSTA E SILVA

Motivo

ACIDENTE DE BICICLETA

Data/Hora Entrada

06/08/2019 21:05:45

CNS

Município

JOAO PESSOA

Profissional

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Data/Hora Prescrição

07/08/2019 13:55:06

Data Receb.

Telefone (83) 00000000

(83) 00000000

Razão

UF

PB

Razão Receb.

0028/PB

ANAMNESE

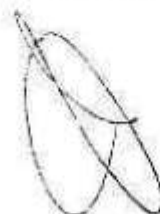
• POLITRAUMATIZADO COM TCE HÁ 1 DIA. # POI LAPAROTOMIA. EVOLUINDO COM CONFUSÃO MENTAL. NO MOMENTO, CONSCIENTE. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTANDO OS 4 MÊMBROS. TC DE CRÂNIO (06/08): Focos de hemorragia subaracnóidea na alta convexidade bilateralmente, notadamente à direita. Calcificações ateromatosas nas artérias carótidas internas, vertebrais e basilar. Não há desvios das estruturas que compõem a linha média. Não há sinais de coleções extra-axiais. Calota craniana sem alterações. Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações. Sinais de redução volumétrica encefálica, caracterizada pela acentuação dos sulcos, fissuras e cisternas, bem como por alargamento dos ventrículos supratentoriais. Áreas de atenuação reduzida de substância branca periventricular e nos centros semiovais, podendo estar relacionados à microangiopatia. CD: SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE. SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Conduta

Em observação



ARLINDO MENDES DA SILVA

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6928/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede: R. T. F. L. L. L. L. L.



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

O Tratado

CENTRO CIRURGICO

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

Tel:

CNES: 122332

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ARLINDO MENDES DA SILVA	1161721	06/08/2019 21:05:45	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
01/01/1956	Masculino		(83) 000000000
Nome			Prontuário
SEVERINA DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
COSTA E SILVA, 462	COSTA E SILVA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE BICICLETA	FERNANDO RAMALHO DINIZ	2797/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
06/08/2019 21:05:45		07/08/2019 11:28:22	

ANAMNESE

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HÁ MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA. REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO. CD LAPAROTOMIA EXPLORADORA PACIENTE EUSMÉTICO. LAPAROTOMIA EXPLORADORA + ENTERORRAFIA SOB ANESTESIA GERAL. TRANS-OPERATÓRIO SEM ANORMALIDADES. POS-OPERATÓRIO IMEDIATO ENCAMINHO PARA URPA SOB OS CUIDADOS DO ANESTESIOLOGISTA.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM)

CEFTRIAXONA 1000MG INTRAVENOSA, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V. 12/12H, POR 10 DIA(S)

METRONIDAZOL 500MG/ 100ML BOLSA, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, POR 10 DIA(S)

CHLORONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), DILUIR 10,0 ML

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

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 100 ML DE SF 9%)

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

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)



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

CIRURGIA GERAL

NOME	ARLINDO MENDES DA SILVA				
		LEITO		DATA	16/08/2019

ATESTO QUE ARLINDO MENDES DA SILVA
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
07/08/2019 A 16/08/2019
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 60 DIAS. CID-T 14.9

Dr. Carlos Franca
3792

	CARLOS FRANCA		
--	---------------	--	--

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Gerado: Humberto Lucena

**GOVERNO
DA PARAÍBA****SEGUE
o trabalho****CENTRO CIRURGICO**

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

Tel:

CNES: 122332

Paciente
ARLINDO MENDES DA SILVAData de nascimento
01/01/1956Idade
63a 7m 6dBAE
1181721
Sexo
MasculinoData/Hora Entrada
06/08/2019 21:05:45
CNS

Data Receb

Telefone de Contato
(83) 000000000
ProntuárioMãe
SEVERINA DA CONCEICAOEndereço
COSTA E SILVA, 462Bairro
COSTA E SILVAMunicípio
JOAO PESSOAUF
PBAcidente
MOTO X BICICLETAMotivo
ACIDENTE DE BICICLETAProfissional
FERNANDO RAMALHO DINIZNº Cons. Resposta
2797/PBData/Hora Classificação
06/08/2019 21:05:45Data/Hora Prescrição
07/08/2019 11:15:32**ANAMNESE**

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HÁ MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA. REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO. COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA PACIENTE SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA - ENTERORRRAFIA SOB ANESTESIA GERAL. TRANS OPERATORIO SEM ANORMALIDADES. PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO ENCAMINHO PARA URPA SOB OS CUIDADOS DO ANESTESIOLOGISTA.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

FERNANDO RAMALHO DINIZ

2797/PB

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ARLINDO MENDES DA SILVA	1181721	06/08/2019 21:05:45	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
01/01/1956	53a 7m 6d	Masculino	(83) 00000000
Prontuário			
VERINA DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
OSTA E SILVA, 462	COSTA E SILVA	JOAO PESSOA	PB
Profissão	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE BICICLETA	BENEDITO B RIBEIRO	11820/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
06/08/2019 21:05:45		07/08/2019 09:29:23	

ANAMNESE

OTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HA MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTENSA. REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO. CD LAPAROTOMIA EXPLORADORA

EXAME LABORATORIAL

- HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)
- TIPO SANGUINEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)

SANGUE E DERIVADOS

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Conduta

Internar Paciente

ARLINDO MENDES DA SILVA

Dr. Benedito Beneditson Ribeiro
Médico
CRM-PB 11820
BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:00:21



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Benedito Ribeiro



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente: ARLINDO MENDES DA SILVA	BAE: 1181721	Data/Hora Entrada: 06/08/2019 21:05:45	Data Baixa:
Data de nascimento: 31/01/1956	Idade: 63a 7m 6d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (83) 000000000
Vive: SEVERINA DA CONCEICAO		CNS:	Prontuário:
Endereço: COSTA E SILVA, 462	Barro: COSTA E SILVA	Município: JOAO PESSOA	UF: PB
Acidente: MOTO X BICICLETA	Motivo: ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional: BENEDITO B RIBEIRO	Nº Cons. Paciente: 11820/PB
Data/Hora Classificação: 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição: 07/08/2019 09:16:30	

ANAMNESE

MOTOCICLISTA FOI ATROPELADO POR VEÍCULO AUTOMOTIVO HÁ MAIS DE 12H, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL INTERMÉDIA. REALIZADO TC DE ABDOME, QUE EVIDENCIOU PNEUMOPERITÔNIO, COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

Conduta

Internar Paciente

ARLINDO MENDES DA SILVA

Dr. Benedito Benedito Ribeiro
Médico
CRM-PB 11820
CNS 898 0023 1098 1206
BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:05:21



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador João Pessoa, Paraíba



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUIE

o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ARLINDO MENDES DA SILVA	BAF 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data/Série
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63a 7m 6d	Sexo Masculino	Telefone em casa (83) 000000000
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO			Prontuário
Endereço COSTA E SILVA, 462	Bairro COSTA E SILVA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 3777/PB
Data/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Data/Hora Prescrição 07/08/2019 08:30:25	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA ANTERIOR, NEGA DESMAIO, ALEGA VOMITO, NEGA DOENÇAS DE B - S - F - ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, (SIC), NO MOMENTO EM EGR, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, EM MACA, AO EXAME F (SIC) APRESENTA ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, SEM SANGRAMENTO ATIVO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, ASSIM COMO OS MOVIMENTOS MANDIBULARES, CONTORNOS OSSEOS FACIAIS MANTIDOS, SEM SINCLINICOS E TOMOGRAFICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE, CD: 1 AVALIAÇÃO BME 2 ORIENTAÇÕES 3 ALTA BME

Conduta

Em observação

Rodolfo Torres Soares Boulitreau
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
PR 3777

ARLINDO MENDES DA SILVA

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)

Prescrição registrada por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21

Secretaria



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sede: Av. Orestes Lisboa, S/N, Pedro Gondim, João Pessoa - PB, 58031-090



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ARLINDO MENDES DA SILVA	SAE 1181721	Data/Hora Entrada 06/08/2019 21:05:45	Data Saida
Data de nascimento 01/01/1956	Idade 63a 7m 6d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 600009000
Mãe SEVERINA DA CONCEICAO			Promissor
Endereço COSTA E SILVA, 462	Bairro COSTA E SILVA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA	Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	NE Cont. Regional 6018/PB
Date/Hora Classificação 06/08/2019 21:05:45		Date/Hora Prescrição 07/08/2019 09:10:14	

ANAMNESE

ACIDENTE CICLISTICO ONTEM A NOITE, REFERE DOR ABDOMINAL. AO EXAME GLASSGOW 15 SEM DEFICIT MOTOR APPRECIÁVEL. SIGNIFICATIVO, ESCORIAÇÕES NA FACE, FCC SUTURADO NO PE D. BLUMBERG. EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME: PNEUMOPERITÔNIO COM LÍQUIDO NA CAVIDADE. TC DE CRÂNIO HSA-T CD: LIBERADO PARA LAPAROTOMIA COM ANESTESIA GERAL+ ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM NEUROCIRURGIA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(6018/PB)

7oletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Gerente: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente

ARLINDO MENDES DA SILVA

Data de nascimento:

01/01/1956

Mãe

SEVERINA DA CONCEICAO

Endereço

COSTA E SILVA, 462

Acidente

MOTO X BICICLETA

Data/Hora Classificação

06/08/2019 21:05:45

Idade

63a 7m 6d

DAE

1181721

Sexo

Masculino

Bairro

COSTA E SILVA

Motivo

ACIDENTE DE BICICLETA

Data/Hora Entrada

06/08/2019 21:05:45

CNS

Município

JOAO PESSOA

Profissional

JANSEN HENRIQUES CEZARINO

Data/Hora Prescrição

07/08/2019 08:24:21

ANAMNESE

Ortopedia paciente vítima de acidente bicicleta x moto, apresentando dor no corpo, ao exame: ogf, com escoriações no corpo, dor, adm ok, neuro com presença de reflexo, cd: alta da ortopedia, aos cuidados das demais especialidades, orientações gerais.

Conduta

Em observação

ARLINDO MENDES DA SILVA

Dr. Jansen

JANSEN

Boleim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/08/2019 21:09:21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO E DA DOCAÇÃO SOCIAL

INSTITUTO PARANAENSE DE DOCAÇÃO SOCIAL

INSTITUTO PARANAENSE DE DOCAÇÃO SOCIAL

ANEXO 100-000-000-000

CARTÃO DE IDENTIDADE

1965

Arivaldo Mendes da Silva




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 642.859-23 VIA

DATA DE EXPIRAÇÃO 22/11/2018

NOME ARIVALDO MENDES DA SILVA

ILACAO

CICERO MENDES DA SILVA

SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

LOCALIDADE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 03/10/1956

DOC. CIVIL

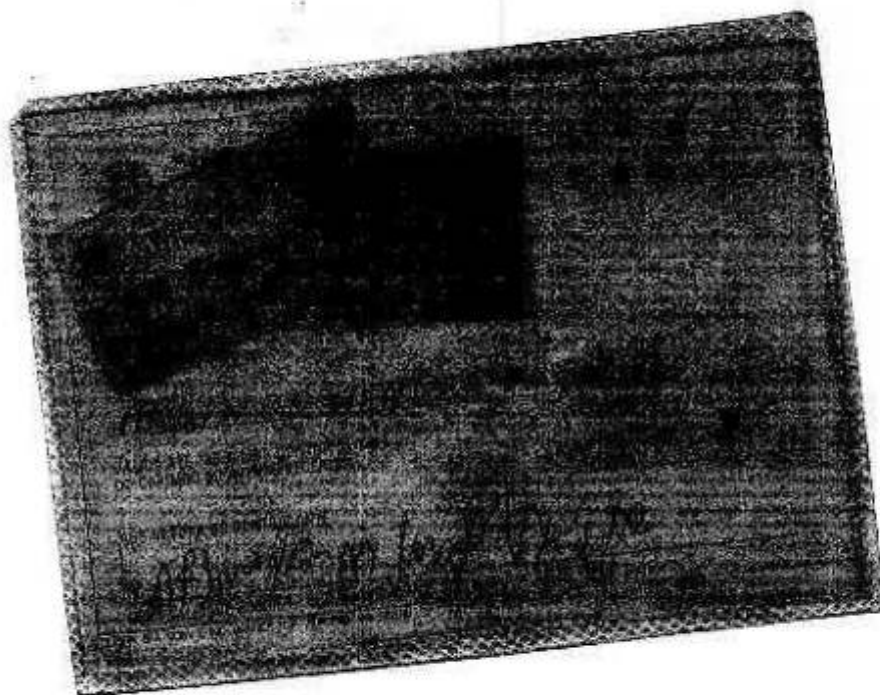
CERT. CAS. Nº 0004808-1 IV B 27 FLS. 050 - CARTÓRIO CUIE-PB

CHS 545.198.534.00

207-10000000

ANEXO 100-000-000-000

LEI Nº 116 DE 29/05/63



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome

THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

Filiação

TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO
MARIN SALETE DE ATAÍDE BRANDÃO

Nº de inscrição

JOMI PESSOA-PA

Sexo

1943588 - SSP/PA

Estado de origem e residência

PARÁ

Data de nascimento

09/08/1982

CPF

072.133.414-02

Assinatura

14/03/2012

COOR. SECCIONAL C/ADVOGADO PARÁ

Presidente

16605

18/06/2012

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS TKS
(Art. 12 da Lei nº 3.969/91)



Thiago de Ataíde Brandão
MANTER SE TITULO



OAB

130714-55182



LACERDA SANTANA
Advogados

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*Arlindo Mendes da Silva, brasileiro, solteiro,
comerciante de comércio inscrito no R. 0642859 e CPF
545.148.534-00, residente e domiciliado no Rua
Henrique Joazeiro, 304, João Pessoa.*

OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAIRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018; DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição suplementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÊGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358; THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFEN, HISMED, FICHA FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB, 14 de janeiro de 2020.

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Arlindo Mendes da Silva

OUTORGANTE

CARLOS ULYSSES

Advogado

Serviço Notarial do 1º Ofício e Registro
Av. Epitácio Pessoa, 705 - Centro - João Pessoa - PB 58.013-420
Fone: (83) 3222-2250 - Email: administração@serviçosnotariais.com.br

SSES SERVIÇOS NOTARIAL
1º OFÍCIO
DE NOTAS
TEF: 3222-0393

JOÃO PESSOA
PARAIBA

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pes

(83) 3241-6957 / 98

E-mail: joaopessoa.pb@laci

Site: www.lacerdasant

Reconheço por Autenticidade a firma de
ARLINDO MENDES DA SILVA conforme autógrafo
arquivado 64819, Dou fe

João Pessoa-PB, 26/11/2019 Josivaldo Joaquim de Santana -
Escrevente

Selo: AJG91516-6AYW, consulte em

https://selodigital.tjpb.jus.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021702/20

Vítima: ARLINDO MENDES DA SILVA

CPF: 545.198.534-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: ARLINDO MENDES DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

ARLINDO MENDES DA SILVA : 545.198.534-00

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: 15/01/2020
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO