

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSINALDO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392907**

Vitima: **JOSINALDO PEREIRA**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392907**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13300589



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

100953894 23

Nome completo da vítima

Imacildo Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Imacildo Pereira		CPF titular da conta 100953894 23	Profissão aprendiz
Endereço Rua Manoel Gustavo Neto		Número 47	Complemento
Bairro Centro	Cidade Remigio	Estado PB	CEP 58308000
Email imacildo.pereira@gmail.com		Telefone (DDD) 83 33341219	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL 104		CONTA CORRENTE (todos os bancos) NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

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

Imacildo Pereira, 17 de Agosto de 2013
Local e Data

Imacildo Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000473/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000473/18 registrada em 08/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:10 horas, compareceu o Sr. JOSINALDO PEREIRA, com 39 anos de idade, filho de JOSÉ PEREIRA FILHO e LUZINETE GOMES PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 2.361.099, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10095389423, residindo à rua MANOEL GURITA NETO, 47, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.

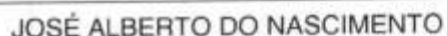
Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h34min dia 15.04.2018, estava trafegando pela Rua Manoel Rodrigues, área central de Esperança, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ESD, ano/modelo 2014/2014, cor preta, chassi nº 9C2KD0540ER081257, de placa QFC-1790/PB, licenciado em nome de Jefferson Felipe da Silva Balbino, quando no cruzamento com a Rua José de andrade foi surpreendido por um veículo de marca, placase outras características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, o qual invadiu o sinal vermelho e colidiu na motocicleta que era ocupada pelo comunicante, que foi jogado ao solo, sofrendo escoriações diversas e fratura no seu membro inferior direito, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Agosto de 2018


JOSINALDO PEREIRA

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Jonivaldo Pereira

CPF da Vítima

10095389423

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

C. Grande 17 de *Agosto* de 2018
Local e Data



Jonivaldo Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




Prefeitura Municipal de Esperança
Secretaria de Saúde
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência

Em 18 de Maio de 2018.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar atendimento pré-hospitalar a **JOSINALDO PEREIRA**, vítima de acidente Motociclistico, no dia 15/04/2018, na rua Manoel Rodrigues, município de Esperança/PB, as 19h34min. Encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.




Jarina Danielly Brandao Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000023568-0

Nr. da Autenticação 5294883D4569DE21

LUZINETE GOMES PEREIRA
RUA MANOEL GURITA NETO, 41 - CENTRO
REMIGIO / PB CEP: 58298000 (AG. 11)
Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018
Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICA
Rotam: T-73-260-3820 1ª medição: 0000448055

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. N. 26 - Centro Remigio - João Pessoa / PB - CEP 50071-690
CNPJ: 08.951.163/0001-48 Tel: 336 16 015 0244
Nota Fiscal: Contas de Energia Elétrica Nº 001 364 260
Cód. para DAta Automática: 0000174283

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

Conta referente a: Jun / 2018
Apresentação: 14/06/2018
Data prevista da próxima leitura: 16/07/2018
CPF/CNPJ/RAND: 99627892491
Insc. Est.: 5/617435-3

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
15/05/18	8405	14/06/18	8428	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
0001	Consumo em kWh	51,000	0,707080	38,08	38,08	25	9,01	38,08	0,35
0601	Adic. B. Amarela	0,38	0,38	25	0,38	0,38	0,00	0,00	0,01
0601	Adic. B. Vermelha	1,71	1,71	25	0,42	1,71	0,01	0,01	0,01
0807	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	5,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL	42,59	38,15	9,83	38,15	0,34	1,50		

CC: Código de Classificação do Item

Média últimos meses (kWh)
47

VENCIMENTO
21/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 43,59

Histórico da Consumo (kWh)											
45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO CLIENTE 7784.3505.9615.9bd3 5414.787e 638a.3c8e.

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
OTIMIZADA	2,85	NOVINAL	220
OTIMIZADA	1,00	CONTATADA	230
OTIMIZADA	2,25	CONTATADA	231
OTIMIZADA		CONTATADA	
OTIMIZADA		CONTATADA	
OTIMIZADA		CONTATADA	
OTIMIZADA		CONTATADA	
OTIMIZADA		CONTATADA	
OTIMIZADA		CONTATADA	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefício da Dist. de Energia/PB	8,25	18,93
Compra de Energia	12,43	28,52
Serviço de Transmissão	4,42	10,15
Serviço de Distribuição	1,85	4,24
Impostos Oribais e Encargos	1,85	4,24
Quanto Serviço	1,85	4,24
Total	43,59	100,00

Valor do Buro (R\$ 4/2018): R\$ 12,78

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGU. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREIA, 1020/LQJA 03 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 59400000 (AG: 401)

Emissão: 25/07/2018 Referência: Jul/2018
Classificação: COMERCIAL/COMERCIAL MORAIS
Roteiro: 14-401-754-1992 HP medidor: 00008081924

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Três Andar - Campina Grande/PB - CEP 59420-700
CNPJ 03.926.595/0001-05 Insc. Est. 16.002.039-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.501.101
Cód. para Débito Automático: 900020150103

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/CNPI/RAN
Jul/2018	25/07/2018	24/08/2018	983.369.944-2

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/06/18	1119	25/07/18	1218	1	97	30

Demonstrativo							
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cob. Ant.	Cob. (R\$)	Cob. (R\$)
		Tabela	Tabela (R\$)	ICMS (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0001	Consumo em kWh	97,00	0,720000	69,84	69,84	17,46	69,84
0001	Adic. B. Vermelha			7,00	7,00	1,75	7,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIB. LUM. P. S. C.			0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 05/2018			0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018			0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2018			0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do item: TOTAL 22,21 78,84 19,21 78,84 0,78 92,03

Média últimos meses (kWh): 59

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

Histórico de Consumo (kWh)

8 | 10 | 15 | 0 | 46 | 10 | 0 | 42 | 79 | 133 | 127 | 120

Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18

RESERVADO AO FISCO 1a9c.58e4.bcd3.dd97.45d2.2e3e.0401.599a.

Indicadores de Qualidade				SINOPSE DAS VISTAS		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	9,21	0,00	NORMAL 220	Serviço de Dist. de Energia Elétrica	14,87	16,23
DC TRIMESTRAL	10,62			Compra de Energia	28,92	31,22
OC ANUAL	21,26		CONTRATADA	Serviço de Manutenção	3,56	3,87
PC MENSAL	3,32	0,00		Encargos Gerais	8,20	8,94
PC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE INFERIOR 200	Impostos, Oneros e Encargos	39,78	43,14
PC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
DNC	2,00	0,00		Total	92,03	100,00
DICI	12,22					

Valor de EUC (Ref 5/2018) R\$ 29,34

ATENÇÃO - Leitura confirmada

Faturas em atraso

BORBOREMA

Roteiro: 14-401-754-1992 Matrícula: 251501-2018-03-0

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

83670000000-0 92030147000-0 02515012018-3 07800401019-1



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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 Inácio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036.781.814, 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Somnaldo Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.953.894, 23, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Somnaldo Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.953.894, 23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Dinameneiro Alvo Ameno</u>		Número <u>100</u>	Complemento <u>torre 02</u>
Bairro <u>Dinameneiro</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>inaciobrunoadv@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333741234</u>		Telefone celular (DDD) <u>83999885048</u>

C. Grande, 17 de Agosto de 2018
Local e Data

Inácio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jefferson Felipe da Silva Balbino,
RG nº 3830103, data de expedição 09/02/2010
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 01435584452, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida dos Simões Canaveses, nº 32,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josinaldo Pereira, cujo o condutor era
Josinaldo Pereira.
Veículo: maiocheta
Modelo: Honda/NXR150 Bros ESD 2014
Ano: 2014
Placa: QFC 1790/PB
Chassi: 9C2K00540ER081251
Data do Acidente: 15/04/2018
Local e Data: Remigio PB 23/07/2018

Jefferson Felipe da Silva Balbino
Assinatura do Declarante

Josinaldo Pereira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO**
R. Brasil, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB
ESCREVENTES:
☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
☒ Mércia Maria Serafim dos Santos
☐ Maria Selma da Silva
Reconheço com AUTENTICAÇÃO a(s) firma(s) de: Jefferson Felipe da Silva Balbino
Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório: Mª Serafim dos Santos
Dou fé Remigio, 23/07/2018
"SELO DIGITAL" A4A99804-E4V51
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



15/04/2018

HTCG-Plano Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1635650 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.368/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patricia Maria Gonçalves

PACIENTE: JOSINALDO PEREIRA

CEP: 58135000

Nascimento: 15/04/1983

Endereço: RUA 07 DE SETEMBRO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Esperança

Idade: 33

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe:

RG:

Nº 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS: 21548297

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Atendi: 15/04/2018

CONVÊNIO: SUS

Médico:

Hora: 20:46:58

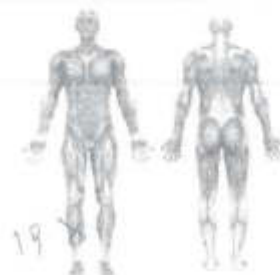
Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Anelão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingestão de veneno |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Moradure |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Escorregamento | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Otorrêgia |
| 12. F. Alma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Alma de fogo | 31. Parosia |
| 14. F. Contusão | 32. Pericostia |
| 15. F. Contusão | 33. Queimadura |
| 16. F. Contusão | 34. Rinorêgia |
| 17. F. Perfuro-contusão | 35. Sinal de Lachmann |
| 18. F. Perfuro-contusão | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Vento forte. A visibilidade é baixa. A temperatura é baixa. O paciente apresenta lesões no membro inferior direito.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Esféricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaucoma

PA

HGT

SAR

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

(X) Ultrassonografia

() Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / As Dia / /

Especialista: / As Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	ST 0,9% 1000ml, EV	20:55
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Pessoa
CRM 1000000000

http://10.1.1.148/projetohtcg/emergencia.php?cont=1635650

1/2





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE E ADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jornelino Pereira		
End:	R. 07 de Setembro		Bairro:
Data de Nascimento:	34 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	de	Data do Atend.: 15-04-18	Hora: 20:42 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (x) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8875

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: 163565 Convênio: _____

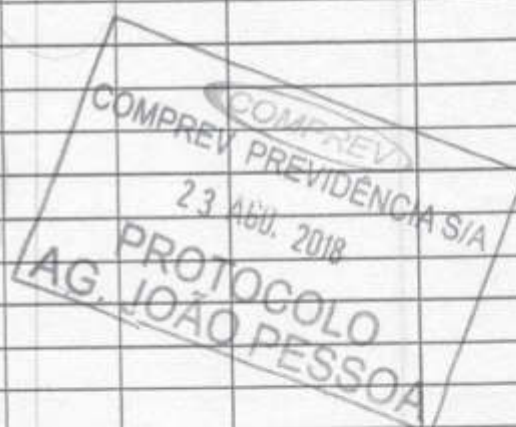
Cirurgião: _____ Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical 4.0 mm			
01	Parafuso Cortical 6.5 mm R/16 Curta			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	30	40	50			
	Qtd.	02	01	01			
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						



OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO												
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>João Paulo Pires</u>			IDADE: <u>39</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Pd</u>												
DATA: <u>22/04/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>140/90</u>	PULSO: <u>82</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <u>80 kg</u>	ALTURA													
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS													
URINA																			
AP. RESPIRATÓRIO: <u>Estável em ventilação mecânica</u>					ASMA		BRONQUITE												
AP. CIRCULATÓRIO: <u>Estável em ventilação mecânica</u>					ELETROCARDIOGRAMA														
AP. DIGESTIVO: <u>Estável em jejum</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO														
ESTADO MENTAL: <u>Consciente e orientado</u>			ATAQUE	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Pneumonia de Tórax D.</u>					ESTADO FÍSICO														
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>Sp / intubação</u>					RISCO														
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>DOSE</th> <th>EFETO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Propofol</u></td> <td><u>100 mg</u></td> <td><u>Indução</u></td> </tr> <tr> <td><u>Fentanyl</u></td> <td><u>100 mcg</u></td> <td><u>Manutenção</u></td> </tr> <tr> <td><u>Vecuronio</u></td> <td><u>10 mg</u></td> <td><u>Paralisação</u></td> </tr> </tbody> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	EFETO	<u>Propofol</u>	<u>100 mg</u>	<u>Indução</u>	<u>Fentanyl</u>	<u>100 mcg</u>	<u>Manutenção</u>	<u>Vecuronio</u>	<u>10 mg</u>	<u>Paralisação</u>
AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	EFETO																	
<u>Propofol</u>	<u>100 mg</u>	<u>Indução</u>																	
<u>Fentanyl</u>	<u>100 mcg</u>	<u>Manutenção</u>																	
<u>Vecuronio</u>	<u>10 mg</u>	<u>Paralisação</u>																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>LIQUÍDOS</th> <th>DOSE</th> <th>EFETO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Fluor. 0.5%</u></td> <td><u>100 ml</u></td> <td><u>Indução</u></td> </tr> <tr> <td><u>Fluor. 2%</u></td> <td><u>100 ml</u></td> <td><u>Manutenção</u></td> </tr> </tbody> </table>					LIQUÍDOS	DOSE	EFETO	<u>Fluor. 0.5%</u>	<u>100 ml</u>	<u>Indução</u>	<u>Fluor. 2%</u>	<u>100 ml</u>	<u>Manutenção</u>	Indução: <u>Sp</u> Satisf.: <u>Excit.</u> <u>Tosse</u> Laringo. espasmo: <u>Lentia</u> Náuseas: <u>Vômitos</u> Outros: <u></u>					
LIQUÍDOS	DOSE	EFETO																	
<u>Fluor. 0.5%</u>	<u>100 ml</u>	<u>Indução</u>																	
<u>Fluor. 2%</u>	<u>100 ml</u>	<u>Manutenção</u>																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGOS</th> <th>DOSE</th> <th>EFETO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>VP. ARTERIAL</u></td> <td><u>100 ml</u></td> <td><u>Indução</u></td> </tr> <tr> <td><u>AX. ANESTESIA</u></td> <td><u>100 ml</u></td> <td><u>Manutenção</u></td> </tr> </tbody> </table>					CÓDIGOS	DOSE	EFETO	<u>VP. ARTERIAL</u>	<u>100 ml</u>	<u>Indução</u>	<u>AX. ANESTESIA</u>	<u>100 ml</u>	<u>Manutenção</u>	MANUTENÇÃO: <u>Propofol</u> <u>Sp</u> <u>Fentanyl</u> <u>Sp</u> <u>Vecuronio</u> <u>Sp</u> <u>Tubocurina</u> <u>Sp</u> <u>Oxiprogol</u> <u>Sp</u> <u>H₂O</u> <u>Sp</u>					
CÓDIGOS	DOSE	EFETO																	
<u>VP. ARTERIAL</u>	<u>100 ml</u>	<u>Indução</u>																	
<u>AX. ANESTESIA</u>	<u>100 ml</u>	<u>Manutenção</u>																	
ANESTESIA SATISF. Sim <u></u> Não <u></u> Não, por quê? <u></u>					DESPERTAR: Reflexos na SO: <u></u> Obstr. <u></u> Co. <u></u> Excit. <u></u> Náuseas: <u></u> Vômitos: <u></u> Outros: <u></u>														
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES: <u>Respiração estável em ventilação mecânica</u>					CONDIÇÕES: <u></u>														
POSICÃO: <u>O - 45° - 90°</u>					CANULAS: <u></u>														
AGENTES: <u>Propofol, Fentanyl, Vecuronio, Tubocurina</u>																			
TÉCNICA: <u>Intubação orotraqueal</u>																			
OPERAÇÃO: <u>Ressecção cirúrgica com preservação</u>																			
CIRURGIÕES: <u>Dr. João Paulo Pires - Jor</u>																			
ANESTESISTAS: <u>Dr. Patrícia Lacerda</u>																			
OBSERVAÇÕES: <u>T: 36.2 C, P: 82 bpm</u>																			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA														

Nome do Paciente <i>Jonas de Paula</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf. <i>7</i>	Leito <i>3</i>	
Operador <i>Dr. Antonio Carlos</i>		1º Auxiliar <i>Dr. João Carlos (at)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Paulo (at)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Roberto</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>1.2 de com de pulmão (1)</i>			
Tipo de Operação <i>Quilomastectomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 pontos</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>0</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1. Acesso por DDH, 1.2 de com de pulmão.</i>
<i>2. Anestesia + intubação + operação de Quilomastectomia</i>
<i>3. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>4. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>5. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>6. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>7. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>8. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>9. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>10. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>11. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>12. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>13. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>14. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>15. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>16. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>17. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>18. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>19. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>
<i>20. Sutura simples circular com fio (1) + drenagem com globo +</i>



Dr. Eduardo Almeida
 MR. (C) 10.000
 CRM 10.000

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

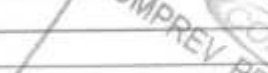
Paciente: <i>gabriel de oliveira</i>	Idade: <i>35 anos</i>
Convênio:	Data: <i>22/04/18</i>
Procedimento: <i>Amputação de Tala D.</i>	
Cirurgião: <i>Dr. João Paulo</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr. Patrício</i>
Início:	Término:
	Anestesia: <i>Propofol + Solução</i>
	<i>FEU</i>

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista



Circulante

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Jornal de Pires</i>				DN: <i>25/04/18</i>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<i>Sala 0</i>	<i>913</i>	<i>35</i>	<i>1635 650</i>	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
<i>Osteotomia de Tibia D.</i>			<i>H. José Paulo</i>		
ANESTESIA			ANESTESIA		
<i>Racine + Sulfato de</i>			<i>De Patricia</i>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
<i>Paula + Flávio</i>		<i>22/04/18</i>	<i>08:00</i>	<i>09:45</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>01</i>	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Doladina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
<i>01</i>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
<i>02</i>	Inova ml <i>indoloxin</i>		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina <i>placa</i> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sanguê		Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	<i>04</i>	Mononylon <i>2-0</i>
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº <i>23-20</i>		Prolene Sertix
<i>02</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0 <i>cccc</i>	<i>02</i>	Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5 <i>ccc</i>	<i>02</i>	Vicryl Sertix
	Flebocorid amp.		Luvas 8.0 <i>ccc</i>	<i>03</i>	Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degamante ml <i>destr. de</i>		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		
	Lasix amp.		Saco coletor		
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitanon amp.		Sonda Foley		
<i>02</i>	Gefalotina 1g <i>ref. fluorona</i>		Sonda Nasogátrica		
<i>01</i>	<i>novachin</i>		Sonda Uretral nº		
<i>02</i>	<i>Thuxicay</i>		Sterydrem ml		
<i>01</i>	<i>Omeprozol</i>		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4,5		<i>Blutudo</i>		
<i>01</i>	Agulha p/ raque nº <i>26</i>				
<i>05</i>	Alcool de Enfermagem <i>70%</i>				
	Alcool Iodado ml				
<i>02</i>	Ataduras de Crepon <i>20mm</i>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Validade: 5/05/18 10:05

Em: 21/04/18 10:02

Processado em: 21/04/18 10:02

Operado em: 21/04/18 10:02

10-1

CÓDIGO

3/05/18 16

Validade: 3/05/18 16

Em: 21/04/18 10:02

Processado em: 21/04/18 10:02

Operado em: 21/04/18 10:02

13-32

7/0/10

Validade: 7/0/10

Em: 21/04/18 10:02

Processado em: 21/04/18 10:02

Operado em: 21/04/18 10:02

10-1

70186/40/12

Validade: 70186/40/12

Em: 21/04/18 10:02

Processado em: 21/04/18 10:02

Operado em: 21/04/18 10:02

5/05/18 10:05

Validade: 5/05/18 10:05

Em: 21/04/18 10:02

Processado em: 21/04/18 10:02

Operado em: 21/04/18 10:02

10-1

COMPREV PREVIDÊNCIA

23 ABR. 2018

Qtd. PROTOCOLO

SG Normotérmico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

SG Ringr fr 500 ml

SG fr 500 ml

Qtd. SF097. Pimex

Qtd. Fio de Algodrão 3.0

Qtd. HAQTA TIBIAL 0.91340

Qtd. (Bio Implant)

Qtd. (Bio Implant)

Qtd. (Bio Implant)

Qtd. (Bio Implant)

Qtd. (Bio Implant)

Qtd. (Bio Implant)

Qtd. (Bio Implant)

EQUIPAMENTOS

(+) Oxímetro de Pulso

() Serra

() Desfibrilador

() Foco Frontal

() Fonte de Luz

(+) Foco Auxiliar

() Eletrocautério

() Oxímetro

() Cateter Monitor

() Repressor Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriana Pereira

Técnica de Enfermagem

504.326

Nome do Paciente <i>Isadora Idalva Pereira</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. João Paulo</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório		<i>Fratura de Tibia</i>	
Tipo de Operação		<i>artroscopia e fixação</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		<i>S/M</i>	
Acidente Durante a Operação		<i>Não</i>	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO 23 AGO. 2018

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Músculos

AG. JOÃO PESSOA

- 1) *1.º* *DDH*
- 2) *Anest. pré + Anticoagulante*
- 3) *Campo operatório*
- 4) *Retirada da placa DCD + Parafusos*
- 5) *Redução imediata da fratura*
- 6) *Redução da fratura e fixação com parafusos*
- 7) *Manuseio da pele*
- 8) *Passagem de fio de sutura intramedular*
- 9) *3.º*
- 10) *Bloqueio distal e dorsal*
- 11) *Sutura*
- 12) *Curativo*

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 9551

Dr. D. J. ...
MB 010002-...
CRW-16-9900

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica		Idade: 33 anos	
Paciente: FERNANDA PEREIRA		Data: 19/04/18	
Convênio: SUS			
Procedimento: Teste diagnóstico e fixação de fratura de tíbia			
Cirurgião: DR. FELIPE	Auxiliar: UR (Dr. Erika)	Anestesista: DR. VICTOR LOPES	
Início: 14:00	Término: 15:00	Anestesia: Raquí	

[illegible][illegible]

Observações:

Pele corada e úmida, mod. aumentado voluntaria-
mente 34 mm mm. Sem gases. Alta de 5 e 10



Assinatura Anestesista 1553



Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI João Ronaldo Pereira IDADE 35 REGISTRO 7639450

CIRURGIA Trat. cirurg. cl. fix. do fr. de fíbula CIRURGIÃO Dr. M. R. de Lencastre

ANESTESIA RAQUI ANESTESIA Dr. Wanderley

INSTRUMENTADORA Rubela DATA 19-04-18 INICIO 14:30 FIM 15:00

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Demore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalnia % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelcion ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebo cortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrofinazol.	Seringa desc. 10 ml	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda Foley	Qtd.		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

ORTESE E PRÓTESE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO EQUIPAMENTOS

AG. JOAO PESSOA

() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	(X) Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

[Assinatura]



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Po Fu una p.e.D

Paciente	Amiraldo Pereira
----------	------------------

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.07	<p>① Dado Lm</p> <p>② Sml 1500 - 1 IV 24h</p> <p>③ Ap-voe 40 mg VO 6/6 h</p> <p>④ Tm - el 100 mg + 100 mg SE 39% IV 8/8 h</p> <p>⑤ Rf-fexoe 7g + NAD IV 12 h x 2</p> <p>⑥ Cloxo - 40 mg SC 4x/d</p> <p>⑦ F-mo mto</p> <p>⑧ SSVV - clog</p>	<p>10h</p> <p>14h</p> <p>18h</p> <p>22h</p>	<p>Dc, 16h, 22h</p> <p>Cu UPM</p> <p>!</p> <p>+</p> <p>Dr João Roberto A. CDS CRM 100000 - 1000000</p>

84025

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Ferner der Baum ⑤

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Jonathan Rivera
----------	-----------------

Alojamento	9
------------	---

Leito	
-------	--

Convênio	
----------	--

[illegible]

RECEIVED: 8/17/99

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGU. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Lesão de Tórax

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente: João de Deus Alojamento: 4 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	DIETA LIVRE		
2	DIPRONA 500 MG 1 CP VO 8/8H	08h - CV C/CL	ORTOPEDIA - BH
3	DICLOFENACO 50MG 1 CP VO 12/12H 5/7H		BEG - estavel
4	TYLEN 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR INTENSA		sem intercorrências
5	OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO JEJUM		
6	SSV + CCG		
8	12/12/100 (transp)		# CD: VPM
9	01/12/100 (transp)	06/12/10h	
31	3F 1300	CV 24	

Dr. João de Deus
Diretor de Clínica Médica
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Dr. João de Deus
Diretor de Clínica Médica
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

MOD. 03

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AEU. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Ex. 000 100 0

ORTOP
10/10/18

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

Paciente: Guilherme Lima Leito: 9-3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução
19.04.18	1 DIETA LIVRE <u>215 0-PA</u>	CTE	LEITO 9-3
	2 JELCO SALINIZADO <u>SAL 150 - 10 278</u>	300 300 300	
	3 DIPRONA 1g VO 6/8H <u>100 400 100</u>	24 06	
	4 OMEPRAZOL 20mg VO 12/12H	06	ORTOPÉDIA DIH: 4
	5 CURATIVO 1R DIA	ATT	POI
	6 FISIOTERAPIA		Exame físico: 21/04/18 - 11/04/18
	7 SINVA-CCGG	ATT	análise anatômica, no momento
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA <u>SUSPENSÃO</u>		SC 100mg
	9. <u>Clonazepam 1g + 100 IV 12/12H</u>	24	Ra de 300mg
	10. <u>Tramadol 100mg + 100mg SP02C IV 8/8H</u>		

Dr. Guilherme Lima
CRM: 10.101/18

Dr. Guilherme Lima

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGU. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DATE: 11/11/2014

PRE OP

Paciente

ALA ORTOPEDICA

Leito

Convênio	
----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução
15.04	<p>1 DIETA LIVRE</p> <p>2 JELCO SALINIZADO</p> <p>3 DIPIRONA 3g VO 6/6H</p> <p>4 OMEPRAZOL 20mg VO JEJUN</p> <p>5 CURATIVO 1X DIA</p> <p>6 FISIOTERAPIA</p> <p>7 SSVV+CCGG</p> <p>8 CLEXANE 40MG SC 1X DIA</p>		<p>LEITO 9-3</p> <p>ORTOPEDIA DIH. 2°</p> <p>Cur. Vena</p> <p>1</p> <p>Dr. Eiler Daltro A. Costa</p> <p>CRM-PB 9997</p>

605, 939

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGU. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data da internação: 15/04/2018 Hora: 21:38:35

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSINALDO PEREIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1635667

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
15/04/1983

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
RUA 07 DE SETEMBRO, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Esperança

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP
250600 PB 58135000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/04/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF

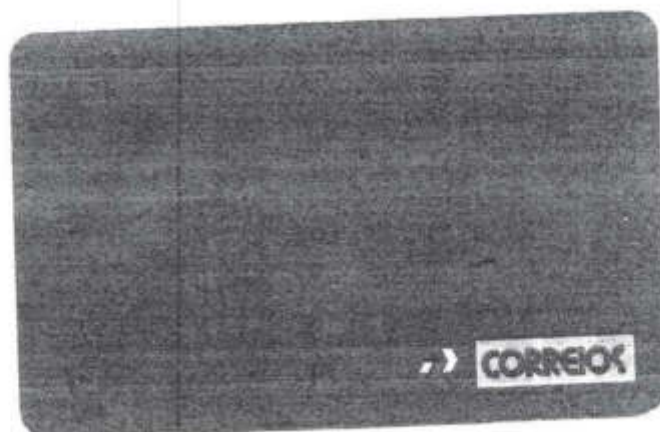
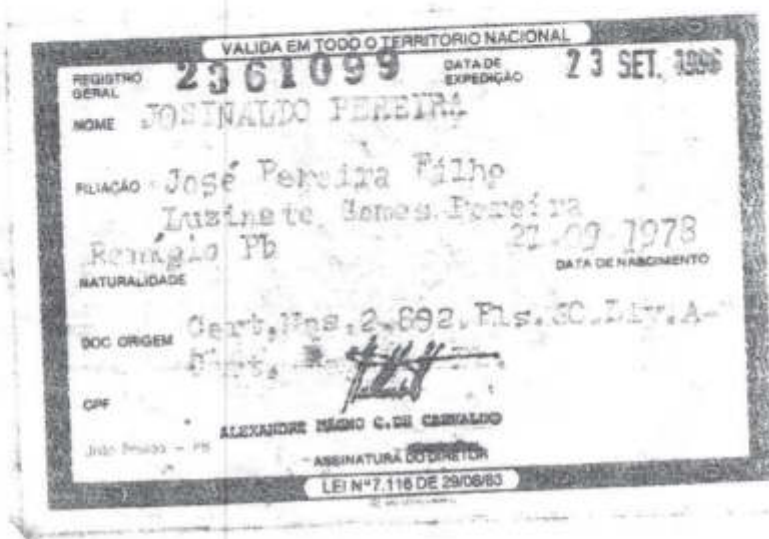
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Dr. Pedro Oliveira de Lucena
Fagundes



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720



ASSIGNATURA DO PROFESSOR:

ASSINATURA DO PDR
André Basso Sacramento



CONCLUSIONS

02	23/03/2017	02	23/03/2017
016	EXERCICIO EM	016	EXERCICIO EM
008.701.814-06		008.701.814-06	
424		424	
04/10/1978		04/10/1978	
CITY DE WASHINGTON		CITY DE WASHINGTON	
FRANCISCO BRUNO E SILVA		FRANCISCO BRUNO E SILVA	
MARIA AUXILIADORA SARMENTO		MARIA AUXILIADORA SARMENTO	
INACIAR BRUNO SARMENTO		INACIAR BRUNO SARMENTO	
IDENTIDADE DE ADVOGADO *		IDENTIDADE DE ADVOGADO *	
CONSELHO REGIONAL DA PARAIIBA		CONSELHO REGIONAL DA PARAIIBA	
ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL		ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL	



COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 AGO. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013813659754

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENEPRT 2017080000988224

1 0102223188-7 00/00000000 2017

JEFFERSON FELIPE DA SILVA BALBINO

CPF/CNPJ

01735584452

QFC1790/PB

PLACA/MF/UF

NOVO PB

9C2KRD0540ER081257

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/CASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

2014 2014

CAV/ROT/CL

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

2º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COFINS

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

0

KG (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO

P A G O

20/09/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

REMIGIO-PB

41928



03/01/2018

31054

PB Nº 013813659754

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 03/01/2018

1 01735584452

QFC1790/PB

01022231887

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB

9

9C2KRD0540ER081257

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.600/0001-04

31054-0827047-20180103

SET-2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907

Cidade: Esperança

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSINALDO PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907

Cidade: Esperança

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSINALDO PEREIRA

Data do acidente: 15/04/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Seimaldo Pereira brasileiro(a),
estado civil casado, profissão Advogado, inscrito
no CPF de nº. 100 / 951 / 894 / 23, e no RG de nº 2361099, residente
e Domiciliado a Rua: João de Góes Neto, nº 47,
Bairro Centro, na Cidade de Remigio /
Estado Pernambuco, CEP 58398000.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Seimaldo Pereira, ocorrido em 15 / 06 / 2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 15 de Agosto de 2018

Seimaldo Pereira

Outorgante

(MA POR AUTENTICIDADE)



CAIXA DE REGISTRO DE
CARTÓRIO DE

UNICO OFÍCIO DE REMÍGIO
Rua José Leal, 135 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCREVENTES

- ☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
☒ Mércia Maria Serafim dos Santos
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Seimaldo Pereira

Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório Mércia Mª Serafim dos Santos

Dou fé Remigio, 15 / 08 / 2018 Seimaldo Pereira ESCREVENTE

"SELO DIGITAL"
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

