

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **HERBERT FERREIRA DE MENEZES**

Nº Sinistro: **3180571735**

Vítima: **HERBERT FERREIRA DE MENEZES**

Data do Acidente: **15/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180571735**.

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 13692186



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180571735

Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HERBERT FERREIRA DE MENEZES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



05 DEZ. 2018

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 093.514.054-94 Nome completo da vítima: Hubert Ferreira de Moraes

Nome completo: Hubert Ferreira de Moraes CPF: 093.514.054-94
 Profissão: motorista Endereço: Rua Tiago Pires da Sobrosa Número: 74 Complemento: _____
 Bairro: Guará Cidade: São Paulo Estado: SP CEP: 58000000
 E-mail: hferreira@netnet.com.br Tel.(DDD): 11 99181-6739

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO REFORMAR ☒ 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

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

☐ Bradesco (232) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0220 ☐ CONTA: 00006326 ☐ 1
(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.

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.

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 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: São Paulo 30-11-2018
 Nome: Hubert Ferreira de Moraes
 CPF: 093.514.054-94

(*) Assinatura de quem assina a RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01511.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:21 horas do dia 09 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Herbert Ferreira de Menezes**, CPF nº 093.514.054-94, CNH nº 06771053555, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Maria Cleide Ferreira de Castro e Abel Dias de Menezes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/11/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Trajano Cruz da Nobrega, Nº 74, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência 4ª Dd, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98858-7141.

05 DEZ. 2018

Dados do(s) Fatos:

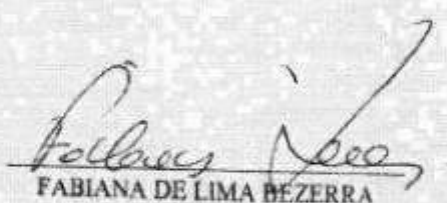
Local: Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo Ao Shopping Manaira, João Pessoa/PB, bairro Manaira;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a **MOTOCICLETA HONDA/TITAN, VINHO, 2011/2011, PLACA NQ16994/PB, CHASSI 9C2KC1660BR534580**, registrada em nome de **JULIANO DA COSTA MACHADO**, quando ao passar pelo semáforo verde, próximo ao Manaira Shopping, sentido praia, foi atingido na lateral direita por um **CARRO NÃO IDENTIFICADO** vindo a lesionar-se conforme **PRONTUÁRIO 65433 EXPEDIDO PELA DRª. LAIANA KAREN DANTAS BARRETO, CRM 8491/RN, DATADO DE 19.07.2018**, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fé.

João Pessoa/PB, 09 de agosto de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


HERBERT FERREIRA DE MENEZES
Noticiante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

Ato
Declaratório

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/012, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2132180, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **HERBERT FERREIRA DE MENEZES** (idade 25 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 15/07/2018, na Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 12:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

05 DEZ. 2018

João Pessoa, 06 de Agosto de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

BANCO: 104

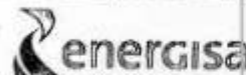
AGÊNCIA: 00220

CONTA: 000000006126-1

Nr. da Autenticação 682F2111B2CFC110

MARIA CLEIDE FERREIRA DOS SANTOS
RUA TRAJANO PIRES DA NOBREGA, 74 / TAND. GENSEL
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Emissão: 28/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 0/220V
Roteiro: 17.2 - 778 - 8120 Nº medidor 0000629108



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: João Pessoa / PB - CEP: 55071-680
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.9239

Nota fiscal: Cartão de Energia Eletrônica Nº 016.312.674
Cód. para Dib. Automática: 00314508345

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

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista para próxima leitura	CPF / CNPJ / RANT
Nov / 2018	28/11/2018	28/12/2018	343.609.214-30
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1450834-5**

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2019 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservada, apresentada na sua Organização do Mês

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Obs
Data	Leitura	Data	Leitura	
29/10/18	10558	29/11/18	10716	
Demonstrativo				
0001 Consumo em kWh	150,000 0,000000	128,87	128,87	27 34,20 128,87 1,19 0,59
0001 Adic. B. Verificação		0,73	0,73	27 0,19 0,73 0,01 0,00
0001 Adic. B. Amarela		7,00	7,00	27 0,50 7,00 0,02 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRA SERV. LIMP. PÚBLICA		5,18	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0003 CUSTO DE REGULAÇÃO NORMAL 11/2018		2,34	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0204 JUROS DE MORA 09/2018		1,05	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 MULTA 09/2018		7,35	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		1,54	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00

14 DEZ. 2018

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	141,91	129,45	34,95	129,45	1,22	5,67
Média de consumo (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
183	05/12/2018	R\$ 141,91					
	Histórico de Consumo (kWh)						

176	165	155	145	135	125	115	105	95	85	75	65	55	45	35	25	15	5
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18						

RESERVADO AO FISCO
84d2.807e.f53.63ec.0958.4a40.a9fc.5246

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Índice	Limite	Apurado	Limite de Tolerância	Discriminação	Valor (R\$)	%
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	5,31	0,00	220	Serviço de Dist. de Energia PB	30,59	21,55
DISCONTINUIDADE ANUAL	10,62			Custo de Energia	45,11	31,79
PERDA DE ENERGIA TRIMESTRAL	21,25			Serviço de Transmissão	4,25	3,00
PERDA DE ENERGIA ANUAL	42,50			Emprego de Serviços	7,29	5,15
PERDA DE ENERGIA TRIMESTRAL	8,50			Emprego de Obras e Serviços	51,80	36,57
PERDA DE ENERGIA ANUAL	17,00			Outros Serviços	2,24	1,58
EMC	2,00			Total	141,91	100,00
DMC	12,22					

ATENÇÃO

E turcomento

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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/biblioteca/web/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 Francis Belen de Melo Feliciano inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.314.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Herbert Ferreira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.514.054 / 94 do sinistro de DPVAT cobertura indivizível da Vítima Herbert Ferreira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.514.054 / 94 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		Número	Complemento
<u>Rua Pastor Antônio José Polidori</u>		<u>175</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Beneditinos</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58051-780</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>francis.feliciano@hotmail.com</u>	<u>(83)99181-6739</u>		

João Pessoa, 26 de novembro de 2018
Local e Data

05 DEZ. 2018

Francis Belen de Melo Feliciano
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Juliano da Costa Machado
RG nº 2859336, data de expedição / / ,
Órgão , portador do CPF nº 06801547445 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Dantas de Almeida, nº 30,
complemento BL J, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Herbert Ferreira, cujo o condutor era
Herbert Ferreira de Menezes.

Veículo:
Modelo: Honda Titan
Ano: 2011
Placa: NAT 6994
Chassi: 9C2KC1660BR534580
Data do Acidente: 15/10/2018
Local e Data: 03/08/2018

05 DEZ. 2018

Juliano da Costa Machado
Assinatura do Declarante



Herbert Ferreira de Menezes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

50870
RECONHECIMENTO DE ASSINATURAS
E
Selo Digital de Autenticidade
TIAGO DIONÍSIO DA SILVA
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 03/08/2018 08:11
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-01912130ML:RS X9 38 FAREJADA 0,20 FEPJ:RM 1,90 ISS:PA 0,47
SELO DIGITAL: ANE29451-1006
Confira a autenticidade em <https://selodigital.com.br>



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE HERBERT FERREIRA DE MENEZES
DADOS DE NASCIMENTO 18/11/92
NOME DA MÃE MARIA CLEIDE FERREIRA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.094.683
Nº PRONTUARIO 65.433
DATA DO ATENDIMENTO 15/07/18
HORA DO ATENDIMENTO 13:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), apresentando dor em membro inferior E e limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do quadril E - AP
USG do abdome total - FAST

05 DEZ. 2018

TRATAMENTO:

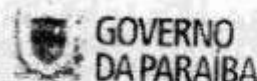
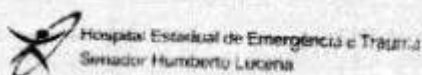
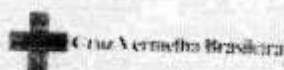
fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark no 1º tempo e pelo Dr. Orlando Filho e Dr. João Henrique no 2º tempo da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/07/18
DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094683



Identificação do paciente

ID 398398	Nome HERBERT FERREIRA DE MENEZES	Sexo Masculino
Data de nascimento 18/11/1992	Idade 25 anos 7 meses 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA CLEIDE FERREIRA DE CASTRO	Religião	Prontuário 65433
Escolaridade MÉDIO COMPLETO	Pai ABEL DIAS DE MENEZES NETO	Responsável (Parentesco) MARIA CLÉIDE FERREIRA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988587841	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3361065	Nº Cns 898003233375044
Local de procedência MANAIRA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 68075290	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Trajano Pires da Nóbrega
Número 74	Complemento	Bairro Ernesto Geisel	

Admissão

Data e Hora 15/07/2018 13:20:52	Número da carteira 100005132934	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Doença clínica</p> <p>HTA, R. crônica, insuficiência renal crônica e/ou</p> <p>doença renal, refluxo gastroesofágico</p> <p>— F.O.D.</p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA						Tempo 02min 06seg

Imprimir

05 DEZ. 2018

RELATÓRIO DE CIRURGIA

05 DEZ. 2018
ALESSIO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH na mesa
operatória + o. 3. 1. 1. 1. 1.
Após a 1.ª inspeção

Incisão:

Achados:

Conduta:

Realizada a 1.ª inspeção na região
operatória (1.ª inspeção)
Após a 2.ª inspeção

Fechamento:

Observação:

Paciente em DDH

Médico/CRM:

Dr. Bruno de Luna Rome
CRM: 10075

João Pessoa, 25/10/2018



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

Nome: Herbert Pereira de Menezes BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clinica/Sector: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Teófilo 1º Assistente: Blum Roman Rê

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de corpo de fêmur exposto</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução transcapsular</u>	
<u>fixação na pelve com agulha</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

05 DEZ. 2018

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

Médico/CRM: _____

Dr. Blum Roman Rê
CRM: 10710/2018

João Pessoa, 15/10/2018



Paciente: HOVER FORMOSA D. MURZEL

Procedimento: TESTAMENTO CULTEIRO DE FLAVIA DIPISSA DE
 SUS: () Não SUS () Fêmea

SUS. () Não SUS. ()

Médico: *Dr. Ocampo*

05 DEZ. 2018

Protestário: 1054683

Date: 12/04/18

Reposição:

Data: _____

Caixa Pronta:

[illegible][illegible]

ASSINATURA DO MEDICO CRM:

ASSINATURA INFERMAGEM - COREM

Flaminio Cava - 3937014
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSABILI



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ANEXO II

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

KLARAT FERREIRA DE MENEZES

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

7 - Nº DO PRONTUÁRIO

1054633

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TR. CIRCUNSTÂNCIA - CX 4,5

OL. PARA LIGA 4,5 de 10 PONTOS

PARAFUSOS COTICAIS

Nº 32(02), Nº 34(02), Nº 36(02),

Nº 38(02) e Nº 40(01).

05 DEZ. 2018

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

CNS / CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS / CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Haroldo Ferreira de Souza BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1

Clinica Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de corpo de fêmur

Cirurgião: Dr. Valério 1º Assistente: Dr. João Henrique

2º Assistente: Dr. Paulo Furtado 3º Assistente: Bruno Lima

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de corpo de fêmur</u>	
<u>exposta</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de</u>	
<u>corpo de fêmur</u>	

05 DEZ 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno de Lima Rome
MÉDICO
CRM-PB 10075

João Pessoa, 17/07/2018

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia
Gerais + sedação
Aplicação de curativo cirúrgico

Incisão:

Longitudinal em face lateral da
coxa esquerda

Achados:

Conduta:

Drenagem por plano
Ressecção da pele de pele
Redução e fixação com placa DCP e
parafusos laterais
Fechamento da borda
Ligamento cruzado anterior em SP-177
Drenagem por plano
Curativo cirúrgico

Fechamento:

05 DEZ. 2018

Observação:

Paciente estável

Médico/CRM:

Dr. Bruno de Lencastre
CRM: 123456

João Pessoa, 05/12/2018

05 DEZ. 2018

EMPRESA
TH CARREIRA CRY, S
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONSO
PARAFUSOS ESPONSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS	
1	1.000,00
2	2.000,00
3	3.000,00
4	4.000,00
5	5.000,00
6	6.000,00
7	7.000,00
8	8.000,00
9	9.000,00
10	10.000,00
11	11.000,00
12	12.000,00
13	13.000,00
14	14.000,00
15	15.000,00
16	16.000,00
17	17.000,00
18	18.000,00
19	19.000,00
20	20.000,00
21	21.000,00
22	22.000,00
23	23.000,00
24	24.000,00
25	25.000,00
26	26.000,00
27	27.000,00
28	28.000,00
29	29.000,00
30	30.000,00
31	31.000,00
32	32.000,00
33	33.000,00
34	34.000,00
35	35.000,00
36	36.000,00
37	37.000,00
38	38.000,00
39	39.000,00
40	40.000,00
41	41.000,00
42	42.000,00
43	43.000,00
44	44.000,00
45	45.000,00
46	46.000,00
47	47.000,00
48	48.000,00
49	49.000,00
50	50.000,00
51	51.000,00
52	52.000,00
53	53.000,00
54	54.000,00
55	55.000,00
56	56.000,00
57	57.000,00
58	58.000,00
59	59.000,00
60	60.000,00
61	61.000,00
62	62.000,00
63	63.000,00
64	64.000,00
65	65.000,00
66	66.000,00
67	67.000,00
68	68.000,00
69	69.000,00
70	70.000,00
71	71.000,00
72	72.000,00
73	73.000,00
74	74.000,00
75	75.000,00
76	76.000,00
77	77.000,00
78	78.000,00
79	79.000,00
80	80.000,00
81	81.000,00
82	82.000,00
83	83.000,00
84	84.000,00
85	85.000,00
86	86.000,00
87	87.000,00
88	88.000,00
89	89.000,00
90	90.000,00
91	91.000,00
92	92.000,00
93	93.000,00
94	94.000,00
95	95.000,00
96	96.000,00
97	97.000,00
98	98.000,00
99	99.000,00
100	100.000,00

<input checked="" type="checkbox"/>	ESPALHADOR
<input checked="" type="checkbox"/>	ESTURBO ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/>	FLUORÓGRAFO
<input checked="" type="checkbox"/>	HARDIMONITOR
<input checked="" type="checkbox"/>	DESFIBRILADOR
<input checked="" type="checkbox"/>	FOCO AUXILIAR
<input checked="" type="checkbox"/>	VOCO CENTRAL
<input checked="" type="checkbox"/>	ESPECROSCÓPIO
<input checked="" type="checkbox"/>	OXÍMETRO DE PULSO
<input checked="" type="checkbox"/>	INVASIVA E NÃO INVASIVA
<input checked="" type="checkbox"/>	PERFURADOR ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/>	ESERKA

CIRCULAR 91
MO 0001-38550

[illegible]

05 DEZ. 2018

Julliana da Silva Sales

CONFIDENTIAL 911301-3

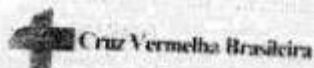
Documento de Alta

Nome: HERBERT FERREIRA DE MENEZES			Número Prontuário: 65433
Data de: 18/11/1992	Sexo: Masculino	Data de Internação: 15/07/2018 21:53:03	Data de Alta: 19/07/2018 09:13:00
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 15/07/2018, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO. FEITO OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DIA 13/07/18 POR DR ORLANDO. HOJE ESTÁ TENDO ALTA COM ORIENTAÇÕES GERIAS, USO DE MEDICAMENTOS, NÃO COLOCAR CARGA EM MMII, FAZER FISIOTERAPIA E RETORNO AO HTOP EM 15 DIAS.			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 15/07/2018, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO. FEITO OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DIA 13/07/18 POR DR ORLANDO. HOJE ESTÁ TENDO ALTA COM ORIENTAÇÕES GERIAS, USO DE MEDICAMENTOS, NÃO COLOCAR CARGA EM MMII, FAZER FISIOTERAPIA E RETORNO AO HTOP EM 15 DIAS.			
Resultado de Exames: EXAME FÍSICO RAI-O-X			
Tratamento: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DIA 13/07/18 POR DR ORLANDO			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: ORIENTAÇÕES GERIAS, USO DE MEDICAMENTOS, NÃO COLOCAR CARGA EM MMII, FAZER FISIOTERAPIA E RETORNO AO HTOP EM 15 DIAS.			

Data: 19/07/2018


LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
MEDICA
CRM: 8491LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
CRM: 8491 - RN

05 DEZ. 2018



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente HERBERT FERREIRA DE MENEZES		BAE 1094683	Data/Hora Entrada 15/07/2018 13:20:52	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1992	Idade 25a 7m 27d	Sexo Masculino	CNS 898003233375644	Telefone de Contato (83) 988587841
Mãe MARIA CLEIDE FERREIRA DE CASTRO		Prontuário 65433		
Endereço Rua Trajano Pires da Nóbrega, 74		Barro Ernesto Geisel	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO		Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 13:20:52		Data/Hora Prescrição 15/07/2018 16:11:10		

Anamnese

Paciente sem alterações da Cir geral
Sem queixas abdominais
FAST e RX de Torax sem alterações

cd: Alta da Cir geral
Aos cuidados da ortopedia

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

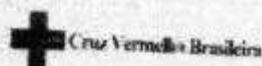
Em observação

HERBERT FERREIRA DE MENEZES

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

05 DEZ. 2018

Dr. Rafael de Arruda Sousa Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6700/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente HERBERT FERREIRA DE MENEZES		BAE 1094683	Data/Hora Entrada 15/07/2018 13:20:52	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1992	Idade 25a 7m 27d	Sexo Masculino	CNS 990003233375044	Telefone de Contato (83) 985567341
Mãe MARIA CLEIDE FERREIRA DE CASTRO		Promissário 65433		
Endereço Rua Trajano Pires da Nobrega, 74		Bairro Ernesto Geisel	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR NUNES DE SOUZA	Nº Cons. Regional 5858/PB	
Data/Hora Classificação 15/07/2018 13:20:52		Data/Hora Prescrição 15/07/2018 13:55:18		

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE COLISAO MOTO CARRO REFERINDO DOR EM FEMUR A ESQUERDA.
SEM OUTRAS QUEIXAS.

CD.: SOLICITO EXAMES E AVALIACAO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

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

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Igor Nunes de Souza
MEDICO
CRM-5858 PB

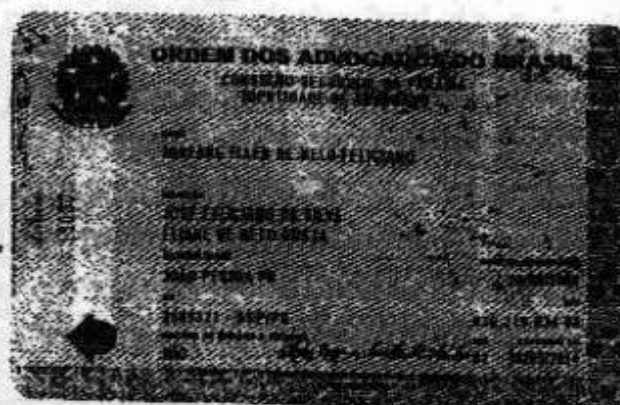
HERBERT FERREIRA DE MENEZES

IGOR NUNES DE SOUZA
(CRM: 5858/PB)

05 DEZ. 2018



05 DEZ. 2018



ANOTAÇÕES GERAIS E CARGO DO INSS

SINE / PB - João Pessoa

Insc. 18121900 Data 12/11/08

34

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

ÁREA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

139.47218-27-2

0206046

003-0

PB

João Pessoa da Paraíba

ATENDIMENTO SOCIAL

INSCRIÇÃO SOCIAL



14 DEZ. 2018

[illegible]

FILIAÇÃO.....A. + ANTONIAS DE MENEZES NETO.....

MARTIN S. KATZ, EDITORIAL BOARD

NASCIMENTO 18/11/1992 **SEXO** MASCULINO

(STAD) OM - SOUTHERN

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA/RB

DOCUMENTO RG-3361065 SSP/RS

REF ID: A53061 DE 11 DE MAR DE 1955

CH: 09/05/14 05:41:04 CNH

TIT-ENFETOR: _____ SECAO: _____

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

LOGAR/ DATA DE EMISSÃO: SE/DIM - 17/11/2006

ASSINATURA DO FAUSOR

FILIPINO

DATA DE NASCIMENTO: _____
DOCUMENTO: _____

C. De la / *Journal de la*

ASSIGNMENT 2: Calculus Problems

NAME

DOCUMENT

NOV 1991

DOCUMENTO

NOVEMBER

DOCUMENTO

ASSISTENTE I CARICATO DO SERVICO

LEGGEND A

BY THE PEOPLE OF THE COUNTY OF ALBANY, IN THE SENATE,

03

14 DEZ. 2018



14 DEZ. 2018

14 DEZ 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180571735 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180571735 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180571735 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 PARTICULAR

OUTORGANTE:

05 DEZ. 2018

Nome: Hubert Ferreira de Lencastre
Nacionalidade: Portuguesa Est. Civil: divorciado
Profissão: motorista
Identidade: 236.10650 SSP/PB CPF: 093.514.054-94
Endereço: Rua Vinha Verde da Vitorrega, 74, Jurema, Paraíba

OUTORGADO:

Nome: Francisco Elton de Lencastre
Nacionalidade: Portuguesa Est. Civil: solteiro
Profissão: advogado
Identidade: 2.569.321 SSP/PB CPF: 036.219.034-88
Endereço: Rua Santa Antonia, 101, 175, Paraíba, Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Hubert Ferreira de Lencastre.

João Pessoa/PB, 26 de novembro de 2018

Local e data

Hubert Ferreira de Lencastre

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO CELEIDA

RECONHECIMENTO DE ASSINATURA
IE: MENEZES, [97738], J. Pessoa-PB, 26/11/2018 16:14:14 Emol
R\$9,43 Farpem:R\$0,29 Fepis:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test de
veridade. Tabela CELEIDA, OFIC. REG. CIVIL, Selo
Digital: 44N7553-4331 Código de Verificação
<https://selodigital.ufpb.br/verificar>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439283/18

Número do Sinistro: 3180571735

Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

CPF: 093.514.054-94

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 15/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Documentos de identificação

HERBERT FERREIRA DE MENEZES : 093.514.054-94

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439283/18

Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

CPF: 093.514.054-94

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

HERBERT FERREIRA DE MENEZES : 093.514.054-94

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL