

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410924      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DA SILVA ANDRADE      **Data do acidente:** 16/03/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

---

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE DA SILVA ANDRADE

**Nº Sinistro:** 3180410924

**Vitima:** JOSE DA SILVA ANDRADE

**Data do Acidente:** 16/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180410924**.

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**



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 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

376.945.824-72

Nome completo da vítima

José da Silva Andrade

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José da Silva Andrade	CPF/titular da conta 376.945.824-72	Proibido APROVADO
Endereço K. ANTONIO FONSECA ANORIM	Número 16	Complemento
Brairro MANGABEIRA	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email CONSULT.DVS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	CEP 58056-566	
		Telefone (DDD) 23 4143-2346

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"/> RECLUSO INFORMAR   | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADEBOO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº.	CONTA Nº.	D/V
0729	3713	9
(Informar dígito se existir)		

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	AGÊNCIA Nº.	CONTA Nº.	D/V
		06	SET 2018
(Informar dígito se existir)			

PROTOCOLO

Assinado Pessoalmente

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.

José da Silva Andrade

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0187 - 2018		Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>ALEX GOMES MENDES</b>				Posto/Graduação: <b>CB /PM</b>	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Avenida Presidente Epitácio Pessoa</b>			Hora <b>10:30</b>	Bairro <b>Miramar</b>		Município: <b>João Pessoa</b>	UF <b>PB</b>
Data/Ocorrência <b>16-03-2018</b>	Dia da Semana <b>Sexta-feira</b>	C/S Vítima (QT) <b>Com</b>	Natureza do Acidente <b>Colisão Transversal</b>		Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições/Via <b>Seca</b>	Tempo <b>Bom</b>
Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>03 Veículos</b>			Controle do trâfego no local <b>Interseção sinalizada com semáforo</b>				
CONDUTOR 01							
Nome <b>Antônio Adilino Batista Filho</b>			Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>29-12-1974</b>		RG <b>1721085/PB</b>	
Endereço <b>Rua Lenita Feliciano da Silva, 552, Centro, Conde, PB – Tel.(083)99328-6599</b>							
1ª Habilitação <b>14-10-2008</b>	Categoria <b>AE</b>	Registro CNH N.º <b>04477108148</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>06-05-2019</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>			Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>				
VEÍCULO 01							
Marca/Modelo <b>Fiat Strada</b>		Espécie <b>Caminhonete</b>	Placa <b>OEZ - 5095</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>Conde</b>		U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Leda Maria Pereira</b>							
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>013928851500</b>		Renavan N.º <b>0047108738-6</b>			Data da Emissão <b>26-12-2017</b>	
Defeitos <b>Nada constatado</b>							

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa do meio, sentido Praia/Centro, quando o semáforo abriu prosseguimento ao seu percurso e no trajeto foi obrigado a parar devido ao fluxo de veículo, acionando a seta de alerta, porém, foi surpreendido pelo impacto na traseira do seu veículo causado pelo V2.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>José da Silva Andrade</b>			Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>21-02-1956</b>		RG <b>283519 PB</b>	
Endereço							
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>			Destino do Condutor <b>Hospital de Trauma</b>				
VEÍCULO 02							
Marca/Modelo <b>Honda Titan</b>		Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>MOI - 0170</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>		U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário							
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º		Renavan N.º <b>0047108738-6</b>			Data da Emissão <b>06 SET. 2018</b>	
Defeitos <b>Nada constatado</b>							

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Versão prejudicada pois até a presente data de 17/04/2018 o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 06 / 06 / 18

Assinatura

*BPTrans  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA*

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0187 - 2018

## CONDUTOR 03

Nome <b>Normado Dantas da Costa Filho</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>05-01-1990</b>	RG <b>3113725 PB</b>
--	--------------------------	---------------------------------	-------------------------

## Endereço

Rua da Mangueira, 64, Várzea Nova, Santa Rita, PB – Tel.(083)98885-5285

1ª Habilitação <b>25-03-2008</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>04321852332</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>16-02-2023</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>	Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>
---	---

## VEÍCULO 03

Marca/Modelo <b>Ford Fiesta</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>OEV - 3456</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

## Nome do Proprietário

**Normado Dantas da Costa Filho**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>013747717569</b>	Renavan N.º <b>0046975116-9</b>	Data da Emissão <b>08-09-2017</b>
----------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

## Defeitos

**Nada constatado**

## VERSÃO DO CONDUTOR

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa do meio da Praia/Centro, quando o V2 parou de repente e não conseguindo evitar o sinistro atingiu a traseira do V2 que foi impulsionado para o V1.

## VÍTIMA 01

Nome <b>José da Silva Andrade</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>21-02-1956</b>
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

## Endereço

Viajava no Veículo N.º <b>02</b>	Usava Cinto
-------------------------------------	-------------

Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>
---------------------------------------	---

## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O acidente ocorreu na faixa do meio da via A, no sentido Praia/Centro, não há marcas de frenagem, semáforo funcionando normalmente no momento do levantamento, não foi possível arrolar testemunhas. C1 nada sofreu; C2 sofreu escoriações e com dores foi socorrido ao Hospital de Trauma pela viatura AR – 44 do Corpo de Bombeiros; C3 nada sofreu, V1 e V3 liberados no local, V2 recolhido ao Bptran para complemento de Boat. V1 teve impacto na traseira, V2 na dianteira e traseira e V3 na dianteira.

João Pessoa – PB, 17 de Abril de 2018.



Alex Gomes Mendes CB PM  
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 26/06/18

 ASSINATURA



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0187 - 2018

Marca/Modelo:  
Fiat Strada

Placa:  
OEZ - 5095 PB

Responsável pelo Preenchimento:  
CB Alex

Data:  
16-03-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			14	Longarina traseira direita		x
04	Estrutura da soleira esquerda	x			15	Caixa de roda traseira direita		x
05	Air Bags frontais	x			16	Estrutura da coluna traseira direita		x
06	Air Bags laterais	x			17	Estrutura da soleira direita		x
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			18	Estrutura da coluna central direita		x
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			19	Estrutura da coluna dianteira direita		x
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			20	Assoalho central direito		x
10	Caixa de roda traseira esquerda	x			21	Caixa de roda dianteira direita		x
11	Assoalho central esquerdo	x			22	Longarina dianteira direita		x

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

Total Geral (Sim + NA)

00

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

Marca/Modelo:  
Honda Titan

Placa:  
MOI - 0170 PB

Responsável pelo Preenchimento:  
CB Alex

Data:  
16-03-2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)		

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

01

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 17 de Abril de 2018.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Alex Gomes Mendes CB PM  
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Copia de Conformidade com o Original

EM: 26/06/18

ASSINATURA

## DANOS NO V3

Marca/Modelo:  
Ford FiestaPlaca:  
OEV-3456 PBResponsável pelo Preenchimento:  
CB AlexData:  
16-03-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

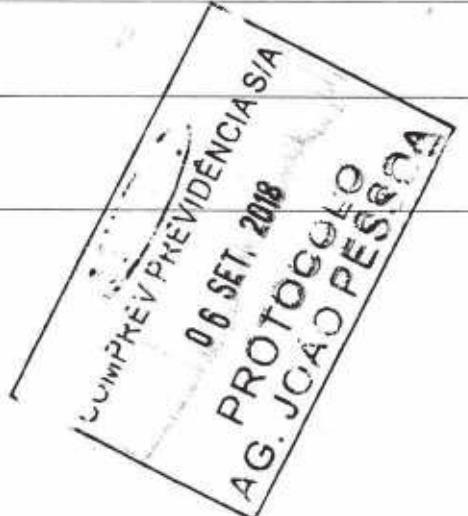
## AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seq. pass. danificadas de 0 a 1 -&gt; DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seq. pass. danificadas de 2 a 6 -&gt; DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seq. pass. danificadas &gt; 6 -&gt; DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 17 de Abril de 2018.

Alex Gomes Mendes CB PM  
Responsável pelo Levantamento

BAIXAR DO TRABALHO DE BALANÇO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 2019-06-17  
Assinatura



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



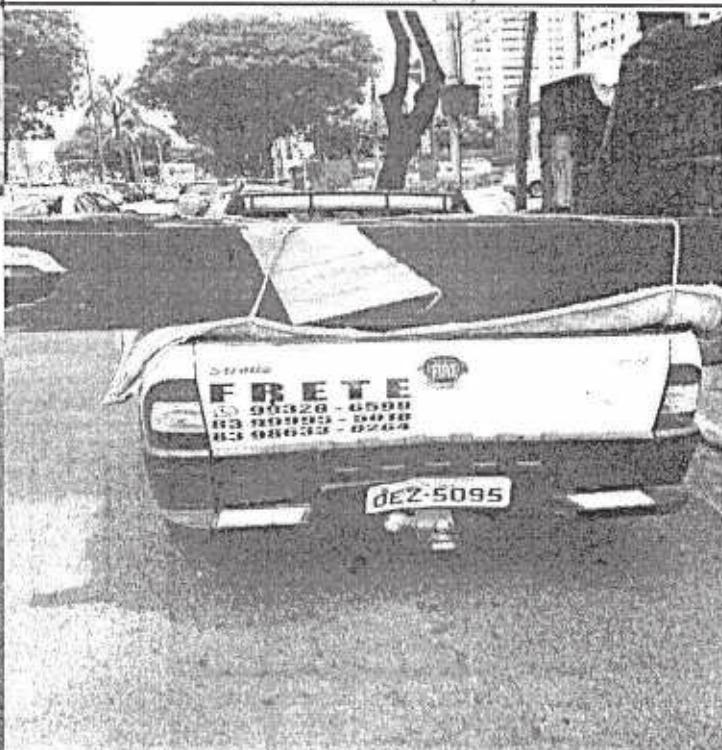
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0187/ 2018

FOTOS DO V1

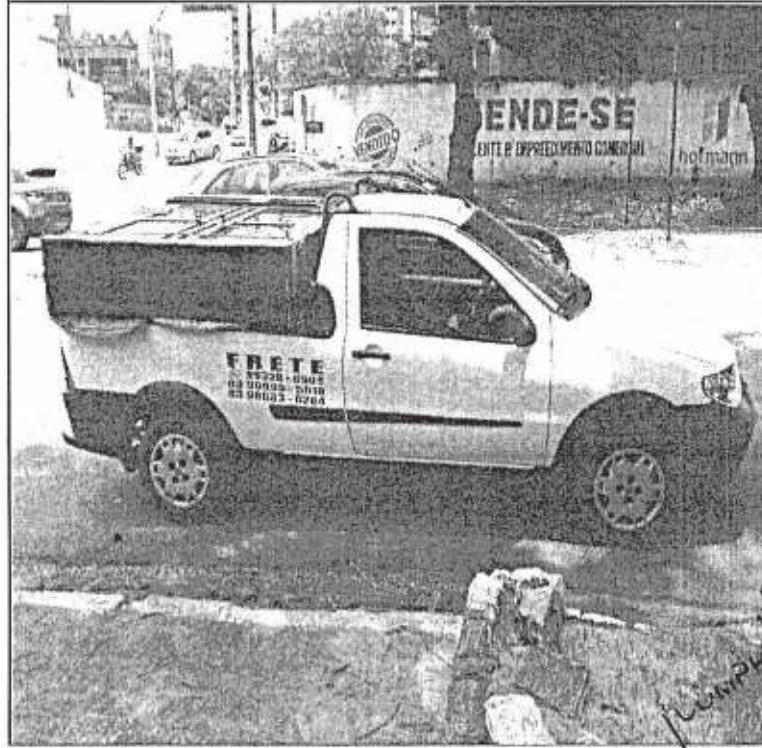
FRENTE (V1)



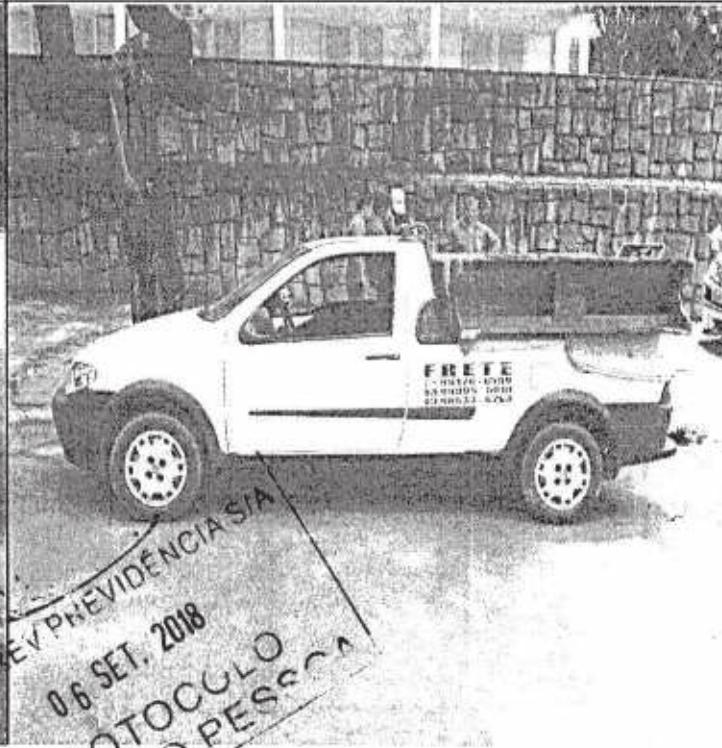
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 26/06/18



ASSINATURA

06 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
2AG. JC10 PESCA  
BPTran

  
Alex Gomes Vieira Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 01871/2018

## AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Presidente Epitácio Pessoa 20,00 metros

VIA "B" - Rua Hilda Coutinho de Luna 09,00 metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 4000

PR (Ponto de Referência) Casa N° 4000  
PA (Ponto de Amarracão) Cunha do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03,90 e Traseiro Direito 03,90 metros para (PA).

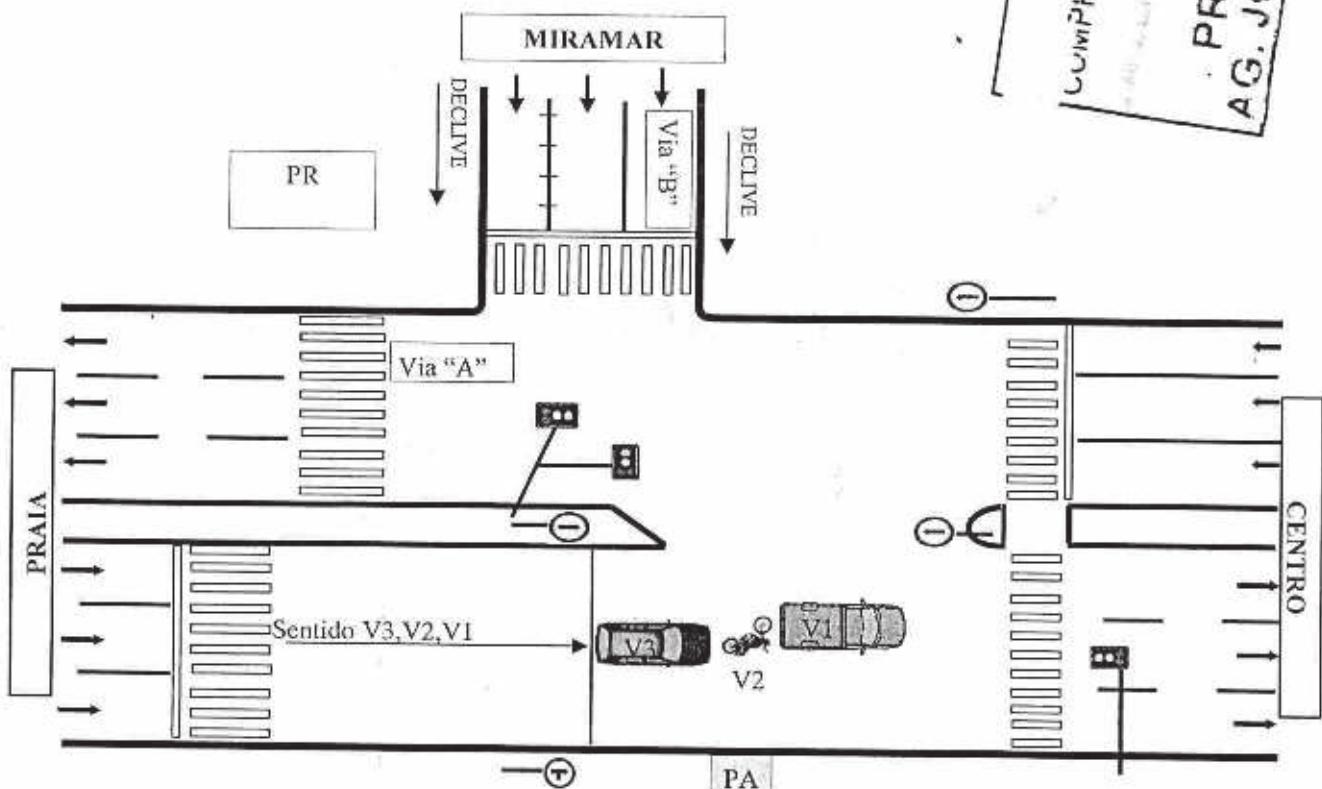
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.90 e Traseiro Direito 03.90 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 04.80 e Traseiro Direito 04.20 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 04.80 e Traseiro Direito 04.20 metros para (PA)  
V3 (Veículo 03) Eixos Dianteiro Direito 03.40 e Traseiro Direito 03.40 metros para (PA)

2

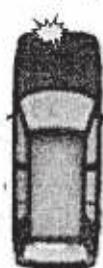
PROTOCOLLO  
AG. JC AOPESCO

COMPREHENSIVE



DESENHO ILUSTRAITVO NÃO CONHECE ESCALA

AVARIAS



V1

v2

v3

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E CROONIAR  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 26/06/13  
  
ASSINATURA

Alex Gómez Mendes Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0187/ 2018

FOTOS DO V3

FRENTE (V3)



TRASEIRA (V3)



LATERAL DIREITA (V3)



LATERAL ESQUERDA (V3)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Boletim  
EM: 26/06/18

  
Assinatura

Alex Gomes Mendes Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0187/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



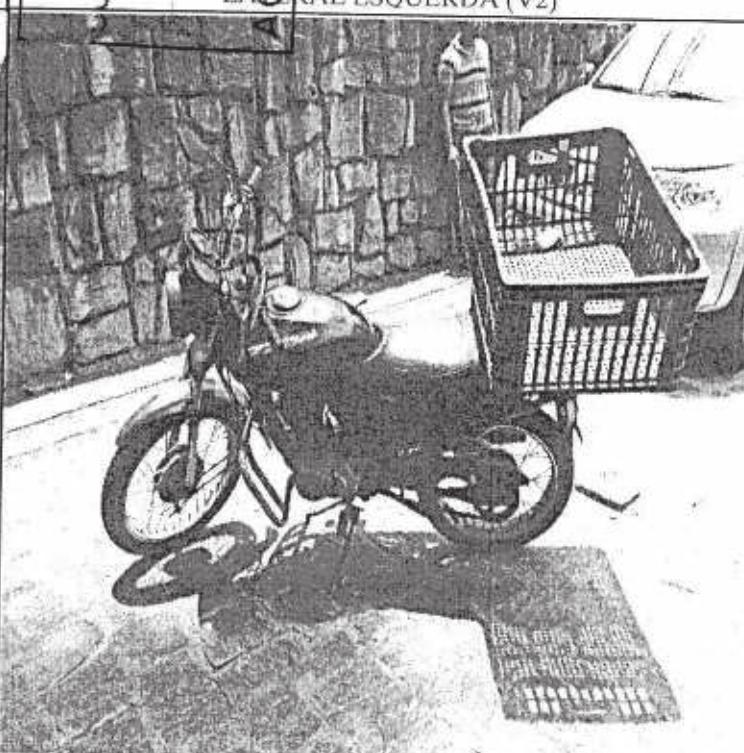
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



IMPREVÉ PREVIDÊNCIAS  
06 SET 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

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 <i>José da Silva Andrade</i>	CPF da Vítima 176.945.824-72	Data do Acidente 16/08/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

**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 §1º 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.

*Comprevi PREVIDÊNCIA S/A*

*06 SET. 2018*

*PROTOCOLO*  
*AG. JOÃO PESSOA*

*José da Silva Andrade*

Local e Data

*José da Silva Andrade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1069516



Identificação do paciente				
ID 230848	Nome JOSE DA SILVA ANDRADE			Sexo Masculino
Data de nascimento 21/02/1956	Idade 62 anos 23 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 31458
Mãe MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE				Pai JOAO GOMES DE ANDRADE
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987018860			DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 288519	Nº Cns 898003459217903		
Local de procedência MIRAMAR				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade SAPE	UF PB		
Endereço				
CEP 58056666	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Antônio Fonseca Amorim	
Número 16	Complemento	Bairro Mangabeira		
Admissão				
Data e Hora 16/03/2018 11:33:06	Número da pulseira <b>1000006465178</b>			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 RESGATE - BOMBEIROS				Quem transportou
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico	UNIPREV PREVIDÊNCIASIA 06 SET. 2018 01 min 44seg			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Imprimir			

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ELIZETE PEREIRA DE ANDRADE  
RUA ANTONIO FONSECA AMORIM, 16 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA/PB CEP: 58055-566 (AG: 1)

Emissao: 21/08/2018 Referencia: Ago / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFASICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 59071-680  
Rotação: 1-5 - 272 - 7500 N° medidor: 0000002981

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ:03.085.183/0001-40 Inscrição Estadual: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°011.257.632

Cód. para Det. Automático: 0000407254

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	21/08/2018	19/09/2018	691.233.664-04 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/404725-4

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criado pela Lei nº 8.431, de 25 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
23/07/18	20410	21/08/18	20564	
				1
			184	22

CCI	Descrição	Demonstrativo										
		Quantidade	Tarifa <sup>1</sup>	Valor Base Calc.	Afis.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Pe(R\$)	Correção(R\$)	Itens Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS
0801	Consumo 00 30 kWh-BR	30.000	0,259290	7,59	7,59	27	2,05	7,59	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo -31 a 100kWh-BR	70.000	0,434710	30,39	30,39	27	9,00	30,39	0,34	1,52	1,52	1,52
0801	Consumo +101 a 220kWh-BR	84.000	0,691300	54,71	54,71	27	14,77	54,71	0,59	2,73	2,73	2,73
0801	Auxílio Vermelha			9,56	9,56	27	2,58	9,56	0,10	0,48	0,48	0,48
0810	Subsídio			47,47	47,47	27	12,82	47,47	0,51	2,37	2,37	2,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0807	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA			4,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			1,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0803	MULTA 08/2018			2,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0803	Devolução Subsídio			-31,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC - Código de Classificação do Item TOTAL 126,30 148,72 40,42 148,72 1,52 7,47

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
197	20/09/2018	R\$ 126,30

Histórico de Consumo (kWh)

165 | 176 | 180 | 195 | 189 | 159 | 191 | 191 | 188 | 301 | 212 | 196  
Ago/11 Set/11 Out/11 Nov/11 Dez/11 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

ea9d.e283.2403.26b7.b168.dfe3.8571.2cf

#### Indicadores de Qualidade 6/2018 - Mangabeira

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIANTEL	3138	0,00
DIRIMESTRAL	1518	NOMINAL
DIRJAU	2017	CONTRATADA
DIANTEL	17,23	LIMITE INFERIOR
DIRIMESTRAL	8,47	LIMITE SUPERIOR
DIRJAU	17,55	
DIRI	12,32	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energia PB	23,79	18,84
Compra de Energia	34,41	27,24
Serviço de Transmissão	3,85	3,09
Encargos Sistêmicos	8,59	6,22
Impostos Diretos e Encargos	57,98	45,81
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>126,30</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUBD (Ref. 6/2018) R\$39,27

#### ATENÇÃO

• Esta unidade foi faturada como Estado Recife, tendo um desconto de R\$31,77.  
• Leitura informada pelo Cliente

#### Faturas em atraso

06 SET. 2018  
LUVIPREV PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA

Rotação: 1-5 - 272 - 7500

Matrícula: 404725-2018-08-7

VENCIMENTO

20/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 126,30

83680000001-7 26300149000-6 04047252018-4 08700005019-2

TIM Celular S.A.  
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-SL6  
Tombazinho - João Pessoa - PB  
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - IE: 16.143.665-0  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/08/2018

EMISSÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

**CASSIO ASSIS ESPINOLA**  
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA  
JAGUARIBE  
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

### IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

### RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUN A 18/JUL

Serviços TIM S.A.	VALOR
 <b>TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS</b>	<b>R\$ 49,90</b>

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

#### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
<b>TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)</b>	Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	<b>49,90</b>
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído
					<b>Total de Mensalidades</b>	<b>49,90</b>

#### CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	07m36s	7	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	183m00s	92	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	10m18s	5	-	-	0,00
					<b>Total de Chamadas Dentro da Rede TIM</b>	<b>0,00</b>

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.meutim.com.br](http://www.meutim.com.br). Central de Atendimento: 10341.

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [www.meutim.com.br](http://www.meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

### CONTA DIGITAL TIM

IMPOSTO TIM S.A. ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 0,23  
ICMS 30% R\$ 35,00 R\$ 10,50 FUNITEL: R\$ 0,13  
PIS/COFINS - Serviços Telecom 3,65%  
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom 9,25%

Em atendimento à Lei 12.741/2012.  
As contribuições no FUST (3%) e FUNITEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (V.A.)

Incluídos no(s) Plano(s)

Franchise(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,00
Desconto(s) Franchise(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

06 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**TIM**

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO  
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA  
JUL/2018

DATA DE EMISSÃO  
19/07/2018

DATA DE VENCIMENTO  
10/08/2018

VALOR  
R\$ 49,90

VIA BANCO

84640000000 - 2 49900109011 - 1 00346156930 - 7 60119257526 - 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Maria Cinthia Grilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.690.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DA SILVA ANDRADE inscrito (a) no CPF sob o Nº 176.945.824 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVAZIÃO da Vítima JOSE DA SILVA ANDRADE, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 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>Flv. CAPITÃO JOSÉ Pessoa</u>	<u>602</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>AGUARIBE</u>	<u>PB</u>	<u>58015-345</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>CONSULT. JUS. ADVOGADOS @GMAIL.COM</u>	<u>83 4341-2516</u>	<u>83 98663 0588</u>

João Pessoa, 05 de SETEMBRO  
Local e Data

2018 PREVIDÊNCIA SIA  
06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Maria Cinthia Grilo da Silva  
Assinatura do Declarante



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** José da Silva Andrade

**DATA DE NASCIMENTO** 21/02/56

**NOME DA MÃE** Maria José da Silva Andrade

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 31458

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1069516

**DATA DO ATENDIMENTO** 16/03/18

**HORA DO ATENDIMENTO** 11:33

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Acidente de moto

**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura de platô tibial direito

**CID 10** S82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com relato de acidente de moto, há 02 horas, com trauma em perna e joelho direito, dor local e deambulação prejudicada. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna D

TC joelho D

COOPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

RX: fratura de platô tibial D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial direito

**ALTA HOSPITALAR:** 23/03/18

**DATA DA EMISSÃO:** 10/07/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 454554

Paciente <b>JOSE DA SILVA ANDRADE</b>		BAE 1069516	Data/Hora Entrada 16/03/2018 11:33:06	Data Baixa
Data de nascimento <b>21/02/1956</b>		Idade <b>62</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898003459217903</b>
Mãe <b>MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE</b>				Telefone de Contato (83) 987018860
Endereço <b>Antônio Fonseca Amorim, 16</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>31458</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>INDALECIO PACELLI FERNANDES</b>	Nº Cons. Regional <b>6827/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/03/2018 12:01:04</b>			Data/Hora Prescrição <b>16/03/2018 13:49:06</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

namnese

/RTOPIA#

HDA

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 02 HORAS.COM TRAUMA EM Perna E JOELHO DIRERITO REFERINDO DOR LOCAL COM DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

EFO

BEG, DOR A PALPAÇÃO ANTERIOR DO JOELHO D, ADM DOLOROSA E DIMINUIDA COM ESCORIAÇÃO EM Perna

RX Perna COM SUSPEITA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL INCOMPLETA??

CD: SOLICITO TC DE JOELHO D  
REAVALIO COM EXAME

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

## CID10

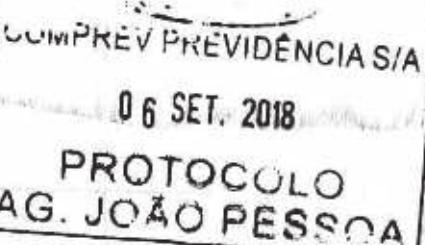
Código	Descrição
1	Fratura da extremidade proximal da tibia

## Conduta

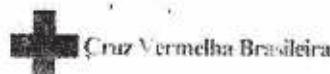
Em observação

Dr. Roberto A. Soares  
CRM-PB 6827

JOSE DA SILVA ANDRADE

INDALECIO PACELLI FERNANDES  
(CRM: 6827/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 16/03/2018 11:34:50



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE DA SILVA ANDRADE</b>		BAE <b>1069516</b>	Data/Hora Entrada <b>16/03/2018 11:33:06</b>
Data de nascimento <b>21/02/1956</b>	Idade <b>62</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898003459217903</b>
Mãe <b>MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE</b>			
Endereço <b>Antônio Fonseca Amorim, 16</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>
UF <b>PB</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>EVERTON SILVEIRA MACEDO</b>
Data/Hora Classificação <b>16/03/2018 12:01:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/03/2018 12:23:49</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		

**Anamnese**

CIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 02 HORAS. NEGA: DOR EM ABDOME, TÓMICO CRANIO. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL BILATERALMENTE. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA. SOLICITO PARECER DO ORTOPEDISTA. LIBERADO DA DA CIRURGIA GERAL

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

**CID10**

órgão	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

  
EVERTON SILVEIRA MACEDO  
(CRM-17085/CE)

06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓNTES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - FORMA

Número: 7029 da Sílvia Andrade  
Paciente: Thaís. Cunha Furtado da Fazenda Tíssia D  
Procedimento: Ther. cunha Furtado da Fazenda Tíssia D  
SUS:  Não SUS:   
Médico: D.º G. de Souza Tíssia

1066516

Pantuá 10

Data

Data.

Data 21.03.18

DISPENSAS CÂMADA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Fin Comígua	Placa em 105x2 Parafusos cônico N.º 38 Parafusos cônico N.º 42 Parafusos espinhoso 6,5 R 32 N.º 70	01 02 01 02		

DISPENSACAO - FAMÍLIA

PRÉVIA  
PRÉVIDÊNCIA S/A  
6 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

Roxane Maria de A. Nunes  
560573  
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ASSINATURA CIRCUITANTE RESPONSÁVEL

F1(NCr),APC\*013-2

**RÉGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Número: 100 da Silva Andrade  
paciente:

21.03.18

Praktuárium 106905/16.

Procedimento  
SUS ( ) Não SUS

Data: 1/1/1  
Reposição: 000  
Caixa Pronta:

DISPENSAÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
		MARCA	

DISPENSAÇÃO CME					
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	CÓDIGO MARCA	
Vycon	Aquilina A-100	70			

Rosane Horio de A. Nunes  
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
560573

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

3803 #3

ENGC 013-1

  
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

SUS

Sistema  
Único da  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO 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

H. E. T. S. H. L

2. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3. CNES

4. CNES

## Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

José da Silva Andrade

6. N.º DO PROTOCOLO

1060546

7. CONSULTA/AGENDA DE MARCAÇÃO

8. DATA DE NASCIMENTO

9. SEXO

10. NOME DA MÃE OU MULHER AVÓ

M

F

3

12. ENDERECO (RUA, N.º, BLOCO)

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14. COD. CID. MUNICÍPIO

15. UF

16. CEP

## 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTES

19. COD. DO PROCEDIMENTO ANTES

20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA

21. COD. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA

22. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

23. COD. DO PRINCIPAL

24. COD. DO SECONDÁRIO

25. COD. DA GAVETA ASSOCIADA

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26. DESCRIÇÃO DO PRINCIPAL PROCEDIMENTO

27. COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28. TABELA DE DIÁRIAS DE VELHICE/IDADE/ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE IDADE

DIÁRIA DE VELHICE

DIÁRIA DE IDADE

29. DE SEU/SEU COMPANHEIRO/VELHO/VELHA/IDADE

30. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32. DE SEU/SEU COMPANHEIRO/VELHO/VELHA/IDADE

33. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35. DE SEU/SEU COMPANHEIRO/VELHO/VELHA/IDADE

36. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx 4,5 TM Cúrgica

01 - Placa em L 05x2

02 - Parafusos cortical N° 38

01 - Parafuso cortical N° 42

02 - Parafusos 8x10x50 6,5 R 32 N° 70

COMPRA PREVIDÊNCIAS/

06 SET. 2018

PROTOCOLO

G. JOÃO PESSOA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

40. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40. DATA DA SOLICITAÇÃO

Dra. Jéssica C. G. F. Rabelo  
CRM 10045/PB

41. PROFISSIONAL

42. PROFISSIONAL (UNA/DOIS PROFISSIONAIS SOLICITANTE)

43. ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44. PROFISSIONAL

45. PROFISSIONAL SOLICITANTE

46. ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47. PROFISSIONAL

48. PROFISSIONAL SOLICITANTE

49. PROFISSIONAL SOLICITANTE

## AUTORIZAÇÃO

50. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51. COD. ORGÃO ISSUOR

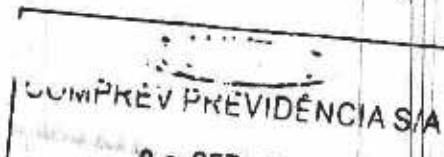
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO

52. PROFISSIONAL

53. N.º DOCUMENTO (UNA/DOIS PROFISSIONAIS SOLICITANTE)

54. ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55. PROFISSIONAL

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde			<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		H.E.T. S.H. 2		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE		José da Silva Andrade		6 - N.º DO PRONTUÁRIO		10690516	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE, GUARDEDORA SENSÁVEL				/ / /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fem <input type="checkbox"/> 3
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)				11 - FONE DE CONTADE N.º DO TELEFONE		800	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>							
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I		30 - DIÁRIA DE UTI TIPO II	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>							
01. Agulha A 400 (Vycor)							
 <p>06 SET. 2018</p> <p>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>							
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>							
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF					
43 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISOR	
						46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF					



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

NOME:	jose da silva andrade			BE/PRONTUÁRIO	1069516
IDADE:	62	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 21/3/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			EMP:	LR:
CIRURGIA:	OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL DIREITO				
CIRURGIÃO:	dr edson tinoco	1º ASS:	dr roberto santos		
2º ASS:	mr2 jessyka	3º ASS:			
INSTRUMENTADOR:				ANESTESISTA:	
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:	

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NAO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 21/3/2018



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
06 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>PASSAGEM DE GARROTE (FAIXA DE SMASH)</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
<b>VIA DE ACESSO ANTERO LATERAL</b>	
<b>DIVULSÃO + DISSECÇÃO + AVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS</b>	
Achados:	
<b>FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO</b>	
Conduta:	
<b>REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA L de 7 furos</b>	
<b>sob auxilio da escopia</b>	
<b>fixação com parafusos corticais</b>	
<b>lavagem da ferida operatória com sf 0,9%</b>	
<b>HEMOSTASIA</b>	
<b>SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS</b>	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	
<b>RETIRADA FAIXA DE SMASH</b>	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

21/3/2018

COMPRA P/ PREVIDÊNCIA S/A  
06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
A.G. JOÃO PESSOA

## Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: José da Silva Andrade  
IDADE: 62 DE 1069516  
SEXO: M  
CIRURGIA: Trat. Cirúrgico Fratura de Plataforma Tibial D  
DRA. PÓS: Dr. Edson Timoco  
ANESTESIA: Raqueanestesia + Sedacão + Bloqueio Femoral D  
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Daniel

22/03/18 08:45 15:30

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
ASA - CLASSE II (INTERMEDIÁRIA)

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		S. R · L 500	JELCO Nº18		FIO CAT CUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1		JELCO Nº20		FIO CAT CUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		S. F. 500 ml na mala	JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETÓMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON N°	
SENOBARBITAL		ÁLCOL ALÉTICO 70%	X LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	1	PVP/ DEGERMANTE	X LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		PVP/TINTURA	X LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISC	1	PVP/TOPOICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEV		PIVACAINA CI VASO	X LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEV		PIVACAINA SI VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		
LEVOCAÍNA CI VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		
LEVOCAÍNA SI VASO		AGULHA 25X87		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		
LEVOCAÍNA SI VASO		AGULHA 25X108		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		
MERTINA	0,2 mg	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		
METIBUM				MASCARA CIRÚRGICA		
ANCRÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº16		MULTIVIAS		
ET DINA		AGULHA PERIDURAL Nº17		PERFURADOR DE SORO		
ROPORTOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		
AMIPENTANILA		AGULHA RAQUI Nº30G		SCALP Nº21		
OCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERUNGA 1ML		
EVOLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERUNGA 5ML		
UNAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERUNGA 10ML		
OPENTAL		ATADURA CESSADA		SERUNGA 20ML		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		
RENALINA		CÂNLULA PI/TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		
TRONNA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		
URINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº13		
ETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
NA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		
AL JNA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		
ROSEMEADA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°		
COSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRUNIA		
CONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
ROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
OCAINA CELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
ASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	5	TUBO SILICONE (LATEX)		
SIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA	
STIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			PLACA	
TAMINA		ESPONJA DE PVP	10			
OXICAN		ESTARADARPO	X			
		GAZES			EQUIPAMENTOS	
		GAZES ALGODDADAS		FIO ALGODÃO S/A N°	1) ASPIRADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO S/A N°	2) BIS-URI ELETTRICO	
		JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/	3) CAPILOGRAFO	
		JELCO Nº16		FIO ALGODÃO C/	4) CARDIOMONITOR	
					5) DORSAL	
					6) FOCO AUXILIAR	
					7) FOCO CENTRAL	
					8) GLOBO	
					9) OXÍMETRO DE PULSO	
					10) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
					11) PERFORADOR ELETTRICO	
					12) RX	
					CIRCULANTE	

Reserve Maria A. New  
560573

# FICHA DE ANESTESIA

DR. JOSÉ DA SILVA ANDRADE  
BLOCO 01/008

DATA: 23/03/18

PRONTUÁRIO: 306 05-16

paciente: José da Silva Andrade

SEXO: M COR: BRANCO IDADE: 62 mcs

PESO ARTERIAL: PULSO 72 RESPIRAÇÃO EUPNEICO TEMPERATURA 36,8°C PESO 70 GRUPO SANGUÍNEO  
140x80 ESTADO GERAL BOM ( )IRREGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( )BOM (X)REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP CIRCULATÓRIO ESTÁVEL

AP RESPIRATÓRIO EUPNEICO

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO

AP DIGESTIVO JEJUM > 6H

ESTADO PISCULASAS

DR. ANESTÉSICO ( )

DESEJO: ( )

EXAME CLÍNICO PRE-OPERATÓRIO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

TRIP: ( ) DR. EDSON FONSECA

AUXILIARES

DR. ANESTÉSIA 08:45

TERMINO DA ANESTESIA 16:30

DURAÇÃO DA ANESTESIA 2H 45 MIN

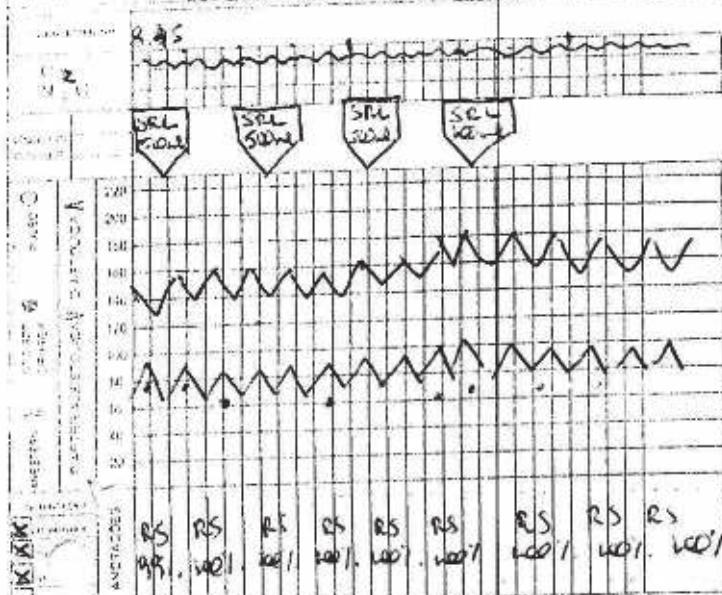
QUANT. DR. ( )

QUANT. DR. ( )

VALORES RS

DR. ANESTÉSICO ( )

ANESTÉSICO DR. DANIEL (DR. GESSICA (CR3) | DR. LISSAMARIA (CR3) | 756)



\* ANESTÉSICO DE ANESTESIA,  
CIPROTAZINA E PCT CACEMINA

ANESTÉSICO → PCT SENSADO, MONITORIZAR RVP EM NSD (20G) REALIZAR ANSSEPSIA E ANTISEPSIA  
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USO	DESCRITIVO	QUANT.	USO	DESCRITIVO	QUANT.
1	FENTANIL 150 µg	11	1	CATHUS SENSADO	
2	MIDAZOLAM 2 mg	12			
3	NEOCALINA ISÓGÁICA 10 mg	13			
4	CEFAZOLINA 2g	14			
5	PERMELTASONA 10 mg	15			
6	DIMONIA 2g	16			
7	ONDANSETRONA 4 mg	17			
8	PROFOL	18			
9	LEVOBUPIVACAINA 0,75% - 50 ml	19			
10		20			

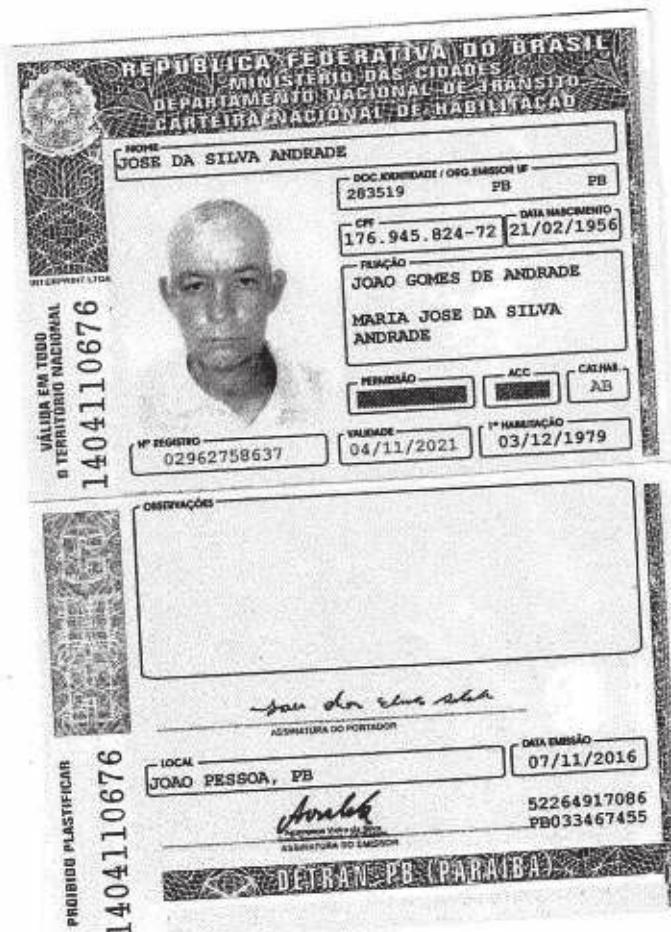
COMPRAVÉ PREVIDÊNCIA/SIA

06 SET. 2018

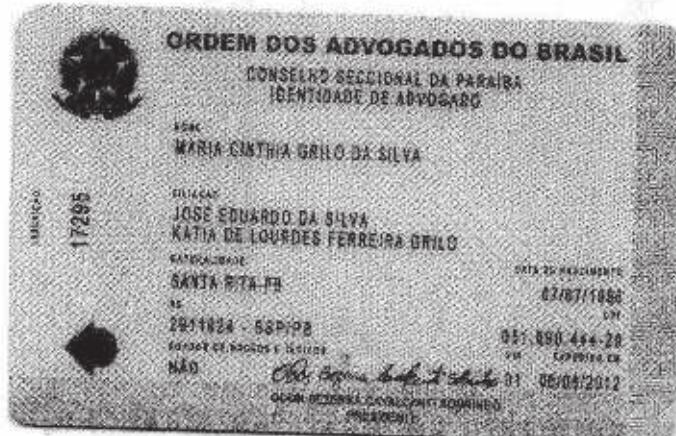
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ESTADO ANESTÉSICO: NSD com ÁLCOOL 70% + PUNÇÃO LOMBAR NEMMA A NÍVEL DE L3-L4, com AGULHA QUÍMICA 26G, DEX ( ), CHAMO, INJETADO (3) BIOLOGICO EFETIVO. SCM INTERCORPÓREAS. BICICLETO NEURO FEMORAL REALIZADO ANSSEPSIA E ANTISEPSIA LOCAL COM ÁLCOOL 70%. REALIZADO PUNÇÃO DE NEURO FEMORAL COM AGULHA 26G + NEUROESTIMULADOR. BIOLOGICO NEURO ISQUÍATICO → REALIZADO BICAP. A + ANTISEPSIA LOCAL COM ÁLCOOL 70%. REALIZADO BIOLOGICO DE N. ISQUÍATICO COM AGULHA 26G + NEUROESTIMULADOR. INJETADO (3) *DR. DANIEL ALVES GOMES*

*Daniel Alves Gomes*  
2018/03/23 16:30 / A 16/03/18 16:30



COMPREV PRÉVIDÊNCIA S/A  
06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
06 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Proprietário da motocicleta falecido



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME:

**MANUEL MESSIAS RODRIGUES DE FREITAS**

MATRÍCULA:

**0733610155 2014 4 00033 112 0019557 16**

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	preta	divorciado, 47 anos

NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Alagoa Grande-PB	CPF nº: 674.386.014-04

ELEITOR	— NÃO INFORMADO —		
---------	-------------------	--	--

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)	José Juviniano de Freitas (falecido) e Alzira Rodrigues de Freitas. Residia na(o) Rua: Cel Estevão Davila Lins 272 Cruz das Armas, no município de João Pessoa-PB		
-------------------------------------	---	--	--

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
três de abril de dois mil quatorze - 22:45	03	04	2014

LOCAL DO FALECIMENTO	Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta Capital no município de João Pessoa-PB		
----------------------	---	--	--

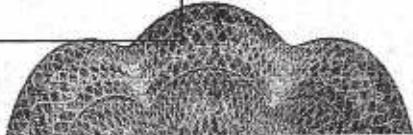
CAUSA DA MORTE	disfunção de múltiplos órgãos acidente vascular cerebral isquêmico		
----------------	--	--	--

NOME DO MÉDICO / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO
Yuzeth Assis Brilhante - CRM: 5037	Cemitério de Alagoa Grande no município de Alagoa Grande-PB

DECLARANTE	José David Santos de Freitas, RG: 30000819, filho do falecido, Brasileiro, auxiliar comercial		
------------	---	--	--

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES	Observações: Registro lavrado em 07/04/2014, no Livro C-00033, Nº 19557, folha 112. O falecido era casado com Severina Santos de Freitas. Declaração de Óbito nº 211442313. deixou filhos, não deixou bens à inventariar		
--------------------------	---	--	--

NOME DO OFÍCIO	O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.		
TERCEIRO SERVIÇO REGISTRAL	João Pessoa-PB, 7 de Abril de 2014		
OFICIAL REGISTRADOR	Maria de Fátima Delgado Leal		
MUNICÍPIO/UF	Maria de Fátima Delgado Leal - Oficial do Registro Civil		
ENDEREÇO	Avenida Coremas, nº 257, sala 102, centro. João Pessoa-PB - CEP - 58013430 FONE: Fax-(83)3241 5009		



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180410924      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DA SILVA ANDRADE      **Data do acidente:** 16/03/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



GRILo ADVOCACIA

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** José da Silveira Andrade  
 Estado Civil: Casado Profissão: representante  
 Identidade nº 288.549-2 via CPF: 176.945.824-72  
 Endereço: Rua Antônio Fonseca de Amorim, número - 46  
 Cidade: João Pessoa, PB CEP: 58056-566  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone/WhatsApp: 98701 8860

**OUTORGADO(S):** MARIA CINTHIA GRILo DA SILVA, brasileira, casada, advogada, OAB/PB 17.295, portadora do RG 2.911.924 SSP/PB, CPF 051.691.444-29, com endereço profissional situado na Av. Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa-PB. Telefones 83 4141-2316/98663-0588.

**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário JOSÉ DA SILVEIRA ANDRADE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 03 de SETEMBRO de 2018.

**CARTÓRIO**  
VIEIRA BATISTA

**OUTORGANTE**

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Bal. Rómulo Vieira Batista - Centro / Bel. Rodângio Vieira Batista - Subsídio

Rua Elio Peixoto Andrade, 11 - Mangabeira - PB - CEP 58030-000 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3236-6000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) det.

JOSÉ DA SILVA ANDRADE

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA

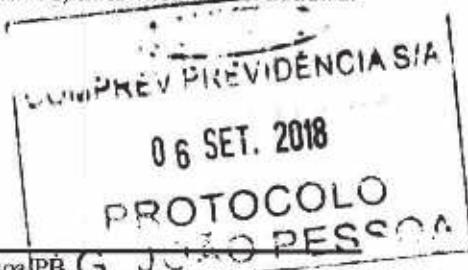
[2018-042048]EMOL:R\$ 49,48 FAZENDA: R\$ 0,28 PEF:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AHL23993-0X21

Confira a autenticidade em <https://selonotarial.cnbj.mt.gov.br>



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325908/18

**Vítima:** JOSE DA SILVA ANDRADE

**CPF:** 176.945.824-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/03/2018

**Titular do CPF:** JOSE DA SILVA ANDRADE

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

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

### JOSE DA SILVA ANDRADE : 176.945.824-72

Autorização de pagamento  
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](http://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: 06/09/2018  
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# 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:

21/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DA SILVA ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 00000003713-9

---

Nr. da Autenticação 921B3474B4BE8DE4