



Número: **0822040-96.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.293,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
E. D. S. S. (AUTOR)		ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA (CURADOR) FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43912 907	01/06/2021 11:36	Petição	Petição
43912 912	01/06/2021 11:36	2618691_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
43912 914	01/06/2021 11:36	2618691_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 Vitima 08435520420	Nome completo da vitima ERIC DANIEL SANTOS SILVA
---------------------------	------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ATAMINEZ KELLY SANTOS MACÊDO SILVA	CPF titular da conta 06172959432	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA: LOT 3556 BOMAS DE AZEVEDO	Número 512	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade PARAIBA	CEP
Email	Estado	Telefone (DDD) 83 386618863

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (007) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	BANCO Nome: <u>BRADESCO</u> NRO: <u>237</u>	
AGÊNCIA NRO: <u>793</u> D/V: <u>5</u>	CONTA NRO: <u>12682</u> D/V: <u>9</u>		

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.

ARAÇABI, 26 de Abril de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ataminez Kelly Santos M. Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00511.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:46 horas do dia 15 de março 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 Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Santos Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Ires do Céu Garcia dos Santos e José Ronaldo Silva de Macêdo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 10/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Loteamento José Gomes de Azevedo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Supermercado Bom Preço, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99957-7048.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÁNSITO**.

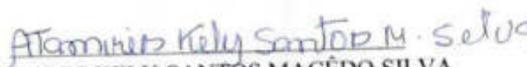
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

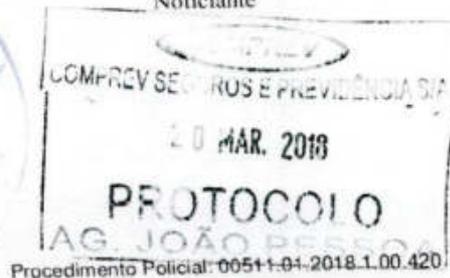
Que seu filho **ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA** (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005, estudante, com 12 anos de idade, CPF. 084.355.204-20, RG. 3489124 SSSD/PB, filho da noticiante e de Erielson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA MOO7201/PB, CHASSI 9C2JC4820BR007589, registrada em nome de GRAZIELA TEIXEIRA SILVA, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 02.03.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Informa que seu filho estava sozinho na moto e pegou a mesma escondido; 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, 15 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ATAMIRES KELY SANTOS MACÊDO SILVA
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00511.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:46 horas do dia 15 de março 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 Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Santos Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Santos Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Ires do Céu Garcia dos Santos e José Ronaldo Silva de Macêdo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 10/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Loteamento José Gomes de Azevedo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Supermercado Bom Preço, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99957-7048.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que seu filho **ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA** (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005, estudante, com 12 anos de idade, CPF. 084.355.204-20, RG. 3489124 SSDS/PB, filho da noticiante e de Erielson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a **MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA MOO7201/PB, CHASSI 9C2JC4820BR007589**, registrada em nome de **GRAZIELA TEIXEIRA SILVA**, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme **LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 02.03.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena**, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Informa que seu filho estava sozinho na moto e pegou a mesma escondido; 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de março de 2018.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Atamires Kely Santos Macêdo Silva
ATAMIRES KELY SANTOS MACÊDO SILVA
Noticiante

COMPREVE (USE PREVIAMENTE)
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 00511.01.2018.1.00.420



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

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

CPF da Vítima

084355204-20

Data do Acidente

03/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ATAMINIUS KELLY SANTOS MACEDO SILVA

CPF do Representante legal

06132858432

Email

Telefone (DDD)

83986618863

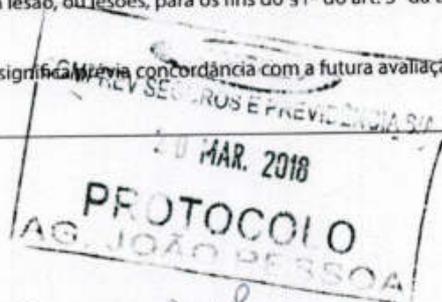
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 15 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

L001 V001/2017



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 interdita 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>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</i>	CPF da Vítima <i>084351204-20</i>	Data do Acidente <i>03/11/2017</i>
--	--------------------------------------	---------------------------------------

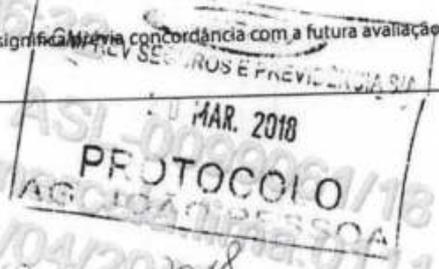
REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal <i>ATAMINIUS KELLY SANTOS MACEDO SILVA</i>	CPF do Representante legal <i>06132858439</i>
Email	Telefone (DDD) <i>83 886618863</i>

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 minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



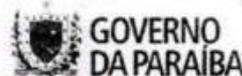
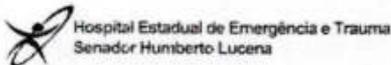
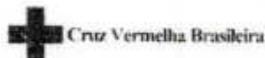
Sob o peso de _____ *de* _____ *de* _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ataminius Kelly Santos Macedo Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





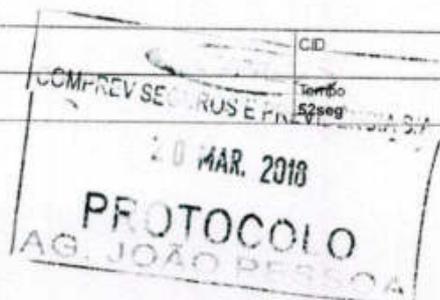
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039023



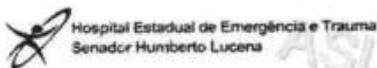
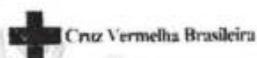
Identificação do paciente			
ID 1226717	Nome ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12 anos 3 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS	Pai ERIELSON BERNARDINO DA SILVA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ATAMIRES KELLY - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999577048	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3489124	Nº Cns 704100248864080	
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
E-mail	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro JOSE GOMES DE AZEVEDO
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 03/11/2017 17:05:35	Número da pulseira 1000006288005	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			CID

Imprimir



03/11/2017 17:02





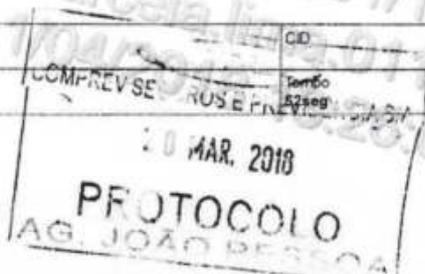
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039023



Identificação do paciente				
ID 1226717	Nome ERIC DANIEL SANTOS SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12 anos, 3 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Pai ERIELSON BERNARDINO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ATAMIRES KELLY - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999577048		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3489124		Nº Cns 704100248864080	
Local de procedência ARARUNA			Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade GUARABIRA		CBO/R	
Endereço				
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro JOSE GOMES DE AZEVEDO	
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO	
Admissão				
Data e Hora 03/11/2017 17:05:35	Número da pulseira 1000006288005		Córvico SUS	
Especialidade PEDIATRIA		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	Pulso	Temperatura	mmHg
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
			ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				

Imprimir



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00793-5

CONTA: 000000012682-9

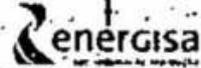
Nr. Autenticação

BRADESCO1506201805000000000023700793000000012682320625 PAGO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal
Documento não é responsável de conta
Requisito para a opção pagadora de Rateo Facilitado de energia elétrica: N° 025.474.837



Parabéns! Você recebeu o seu boleto
Energisa S.A. - Companhia Paranaense de Energia S.A.
R. São José, 21 - Centro Histórico - João Pessoa - PB - CEP 53075-000
CNPJ 06.908.000/0001-00 - Fone: 33.446.0000

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO DA SILVA LIMA
PLA MAURÍCIO MARTINS TEIXEIRA S/N
MARALHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1459317-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	23/04/2018	92	30/04/2018	R\$ 68,35

Accesse: www.energisa.com.br

Energisa
FRANCISCO DA SILVA LIMA
Número: 13-982-988-1230
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
30/04/2018	R\$ 68,35	M08017.3018-044

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
12/07/2018 15:36:33

(83) 98661-9863

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
12/07/2018 15:36:33

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
12/07/2018 15:36:33

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
12/07/2018 15:36:33

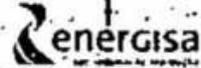
ASL-0127713/18
matheus.hilbert
12/07/2018 15:36:33

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal
Documento não é responsável de conta
Requisito para a geração posterior de nota fiscal de energia elétrica: N° 025.474.837



Paraná Energia S.A. - Companhia Paranaense de Energia S.A.
R. São João, 21 - Centro Histórico - João Pessoa - PB - CEP 53075-000
CNPJ 06.908.122/0001-00 - Insc. Est. 14.946.976-0

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO DA SILVA LIMA
PILIA MARCELO MARTINS TEIXEIRA SILVA
MARACÁ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1459317-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	23/04/2018	92	30/04/2018	R\$ 68,35

Accesse: www.energisa.com.br

Energisa
FRANCISCO DA SILVA LIMA
Número: 13-982-988-1230
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
30/04/2018	R\$ 68,35	M08217.3018-044

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
24/07/2018 16:51:15

(83) 98661-9863

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
24/07/2018 16:51:15

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
24/07/2018 16:51:15

ASL-0127713/18
matheus.hilbert
24/07/2018 16:51:15

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





LEONARDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE
FEV/2018
CÓDIGO MINHA OI
401065114229

VENCIMENTO
02/03/2018
Emissão em 15/02/2018
Período de 13/01/2018 a 13/02/2018

PAGAR (R\$)
89,20



CTC CORREIOS
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D
JARDIM DAS ACACIAS
58020-670 - JOAO PESSOA - PB



7200039696 00000 000000000000 10 160218

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



MIUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 50	33,96
MÓVEL (83) 98751-1209	49,90
+ Oi Internet Pra Celular	
+ Torpedo 50	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	83,86
Alem disso, você... realizou chamadas de longa distância	3,96
SUBTOTAL	87,82
Multa e Juros	1,38
TOTAL DA SUA FATURA	89,20

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF: 050.424.914-22
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452
NÚMERO DA FATURA: 893196406
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229

CÓDIGO MINHA OI
401065114229

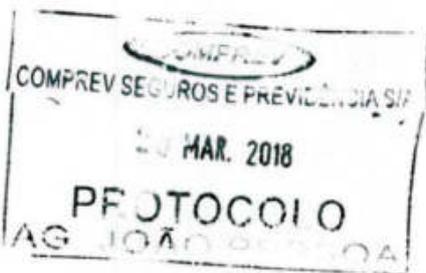
www.oi.com.br/MinhaOI
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Fev 2018	89,20
Jan 2018	82,14
Dez 2017	59,38
Nov 2017	33,96
Out 2017	47,83
Set 2017	71,38

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite a Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias; Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e Inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.



CLIENTE
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

FATURA DE
FEV/2018

VENCIMENTO
02/03/2018

VALOR
89,20

DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

OI MÓVEL S.A.

84650000000-1 89200113242-2 96794520893-2 19840600000-2

St Setor Comercial Norte SM - Asa Norte
Brasília - DF CEP: 70719-900
CNPJ: 06.420.983/0001-11
Inscrição Estadual: 07.441.396/0000
Inscrição Municipal:



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-via de conta.

Bônus para simplificar pagamento da taxa Socialmente de Energia elétrica. Nº 002.506.553

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-080
CNPJ 08.095.182 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
FRANCISCO DA SILVA LIMA RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N ARARUNA		5/1459317-2		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2018	21/02/2018	80	28/02/2018	R\$ 60,88

Acesse: www.energisa.com.br



DESCRIÇÃO

FRANCISCO DA SILVA LIMA
Roteiro: 13-062-060-1200
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/02/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/02/2018	R\$ 60,88	1459317-2018-02-8



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal
Documento não é entregue via e-mail
Fórmula para verificar pagamento da conta: $\text{Pagamento} = \text{Consumo} \times \text{Tarifa} + \text{Impostos}$ Nº 002 504.553

ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 232, Km 25 - Centro Redeador - João Pessoa / PB - CEP 56011-480
CNPJ 06.695.183/0001-60 Insc. Est. 18.018.423-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
FRANCISCO DA SILVA LIMA RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N ARARUNA			5/1459317-2	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2018	21/02/2018	80	28/02/2018	R\$ 60,88

Accesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO DA SILVA LIMA
Roteiro: 13-062-060-1200
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/02/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/02/2018	R\$ 60,88	1459317-2018-02-8

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:32:30

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:32:30

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:32:30

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:32:30

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





LEONARDO

FATURA DE
FEV/2018

VENCIMENTO
02/03/2018

PAGAR (R\$)
89,20

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

CÓDIGO MINHA OI
401065114229

Emissão em 15/02/2018
Período de 13/01/2018 a 13/02/2018



CTC CORREIOS
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D
JARDIM DAS ACACIAS
58020-670 - JOAO PESSOA - PB



7200039896 00000 0000000000 10 160218

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



MUDE PARA A CONTA ONLINE.
É acesso sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 50

33,86

MÓVEL [83] 98751-1209
+ Oi Internet Pra Celular

49,90

+ Torpedo 50

0,00

TOTAL DE MENSALIDADES

83,89

Além disso, você...
realizou chamadas de longa distância

3,96

SUBTOTAL

87,82

Multa e Juros

1,38

TOTAL DA SUA FATURA

89,20

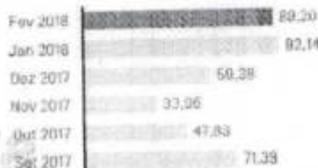
CÓDIGO MINHA OI
401065114229

www.oi.com.br/MinhaOi

Confira sua Minha Oi e consulte fatura,
prestos detalhados, dígitos de economia e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor de sua fatura nos últimos meses



Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e
evite Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao
mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial,
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais
70 dias, Suspensão Total. Durante o período de
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será
cobrada normalmente de acordo com os valores
contratados, pois ela continua apta a receber
chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias
após a Suspensão Total.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS S/A

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG 1040



CLIENTE	FATURA DE	VENCIMENTO	VALOR
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA	FEV/2018	02/03/2018	89,20

DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

OI MÓVEL S.A.

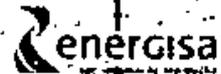
84650000000-1 89200113242-2 96794520893-2 19840600000-2

Tr. Setor Comercial Norte CN - Axa Norte
Brasão - CEP 50120-900
CNPJ: 06.933.884/0001-01
Serviço: Estação: 01-441.116.0000
trocado Nacional



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é responsável de conta
Cidade para entrega preferencial de Pólo Social/Conta de energia elétrica : Nº 025.474.831



ENERGISA PARANÁ - SUBSIDIÁRIA DE ENERGIA SA
Av. BR. 108 - 2ª - 14000-000 - João Pessoa - PB - CEP 53071-000
CNPJ 06.988.832/0001-00 - Insc. Est. 14.946.926-0

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA EM
ARARILINA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1459317-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	23/04/2018	92	30/04/2018	R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO DA SILVA LIMA
Telefone: 13-982-988-1230
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
30/04/2018	R\$ 68,35	NR0317.2018-04-4

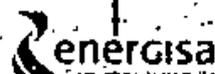
☎ (83) 98661-9863

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é responsável de conta
Cidade para entrega preferencial de Pósto Social/Caixa de energia elétrica : Nº 025.474.831



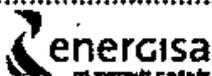
ENERGISA S.A. - Companhia Paranaense de Energia S.A.
CNPJ 06.908.183/0001-00 - São Paulo, SP

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA EM
ARARILINA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1459317-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	23/04/2018	92	30/04/2018	R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO DA SILVA LIMA
Telefone: 13-982-988-1250
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
30/04/2018	R\$ 68,35	NR0317.2018-04-4

☎ (83) 98661 - 9863

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**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/BIBLIOTECAWEB/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.

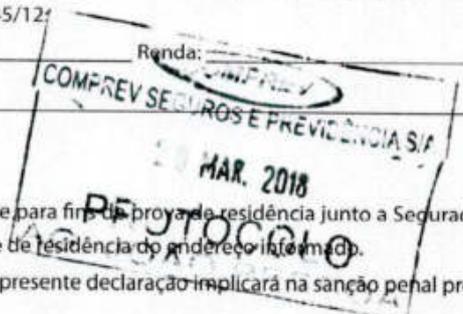
Pelo exposto, eu LEONARDO WISNARA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ATAMIRIS KELLY SANTOS MACHADO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329584 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADA da Vítima ERIC GABRIEL SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084355204120, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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



Endereço <u>RUA GUSEMBARBAUM PRTO DE MENEZES</u>		Número <u>359</u>	Complemento <u>CAD</u>
Bairro <u>SARINHA DAS ANCIAS</u>	Cidade <u>São José do Bonfim</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>55020-690</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>83386619863</u>	Telefone celular (DDD)

São José do Bonfim, 15 de MAIO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





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/BIBLIOTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO WILSON SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 850424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329184 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDACAO da Vítima ERIC NARCIS SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084355204 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Desembargador Dória de Moraes</u>		Número <u>359</u>	Complemento <u>CAD</u>
Bairro <u>São Dimas</u>	Cidade <u>São Paulo</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>5020690</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>83386613863</u>	Telefone celular (DDD)

São Paulo, 15 de maio de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR01 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziela Seixira Silva,
RG nº 2659411, data de expedição 08/06/99,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044620394-75 com
domicílio na cidade de Araruna, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Mateus, s/n, nº -,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eric Daniel S. Silva, cujo o condutor era
Orilson Buarque da Silva

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/BI 2 12505
Ano: 2011/2011
Placa: M 007201/PB
Chassi: 8C2JC4820B1007589
Data do Acidente: 03/11/2017
Local e Data: ARARUNA, 14 de março, 2018

Graziela Seixira Silva
Assinatura do Declarante

Orilson Buarque da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

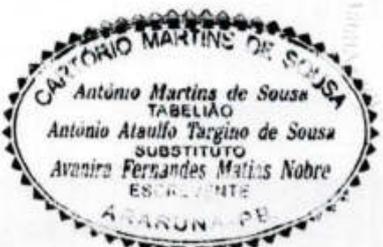


RECONHEÇO verdadeira Letra(e) e Firma(s)
por autenticidade de Graziela Seixira Silva - dou H

Araruna 14 de março de 2018
Em Teste [assinatura] da verdade.
Annira Fernandes M. Nobre
TABELIÃO

SELO DIGITAL

AGK54575 - UF1J
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziele Teixeira Silva,

RG nº 2659411, data de expedição 08/06/99,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044620394-75 com

domicílio na cidade de Araruna, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Mateus, s/n, nº —,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Eric Daniel S. Silva, cujo o condutor era

Orilson Benmarolino da Silva

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BI 2 125CS

Ano: 2011/2011

Placa: 7003201/PB

Chassi: 852304820B1007589

Data do Acidente: 03/11/2014

Local e Data: ARARUNA, 14 de março 2018

Graziele Teixeira Silva

Assinatura do Declarante

Orilson Benmarolino da Silva

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

RECONHEÇO verdadeira Letra(s) e Firma(s)
por autenticidade de Graziele Teixeira Silva - dou H

Araruna, 14 de Março de 2018

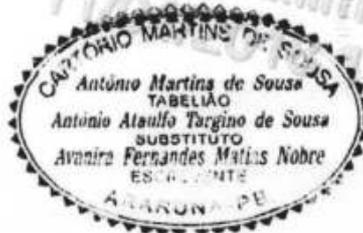
Em Teste [assinatura] da verdade.

Amaira Fernandes M. Nobre
TABELIAO

SELO DIGITAL

AGK54575 - LF1J

Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Eric Daniel Santos Silva
DATA DE NASCIMENTO 10/07/05
NOME DA MÃE tamires Kely Garcia dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105205
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039023
DATA DO ATENDIMENTO 03/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo + fratura de fêmur direito
CID 10 S42.2 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, apresenta dor, edema e deformidade em coxa direita, dor em braço esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, cervical, tórax, ombro e braço E, bacia, coxa D,
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D, fratura de úmero proximal E

TRATAMENTO:

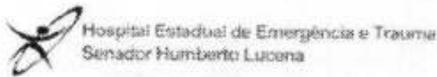
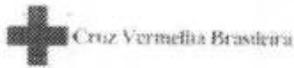
Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17
DATA DA EMISSÃO: 02/03/17

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





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES		Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:25:25	
Número		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSEDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

Conduta

Em observação

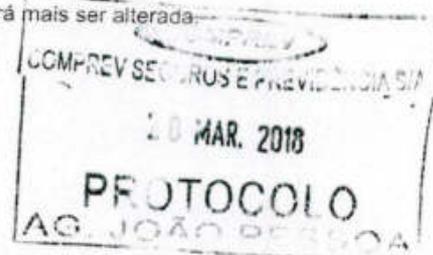
Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 7654
 TEOT 15655

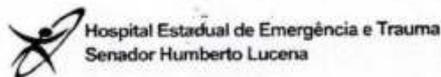
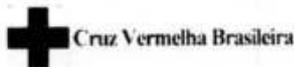
BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
 (7654/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES		Nº Cons. Regional 4757/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO 1/3 SUPERIOR DO BRAÇO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. VACINAÇÃO EM DIA - SIC. ALERGIA A SMZ + TMP.

AO EXAME:

EM PRANCHA COM COLAR CERVICAL, EUPNEICO, CORADO, GLASGOW 15.

AR MV + EM AHT SEM RA

ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR

MMSS: DOR EM 1/3 SUPERIOR DE BRAÇO E

MMII: DEFORMIDADE EM COXA D, COM EDEMA (+2/+4)

PELE: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E

HD: POLITRAUMA

FRATURA DE COXA D?

CD: RX DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, OMBRO E BRAÇO E, BACIA, COXA D

FAST, PARECER DA ORTOPEDIA E CIRURGIAO GERAL, NRC

SF 0,9%, DIPIRONA; CONSELHO TUTELAR

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: APLICAR 2 ML + AD EV DE 6/6 HORAS)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

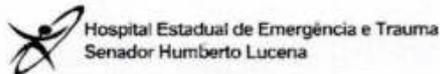
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB	
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:53:47	
Convênio SIS	Nº Matricula		Senha	

Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO; ESTAVA EM USO DE CAPACETE; SEM SINAIS DE TCE; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE; NEGA DOR EM COLUNA

VAI SER OPERADO PELA ORTOPEDIA DE FRATURA DE FÊMUR E ÚMERO PROXIMAL

CD: LIBERADO DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA; RETIRAR COLAR E PRANCHA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

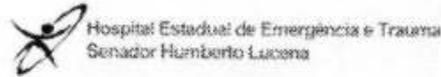
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	Nº Cons. Regional 7967/PB	
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37	
Convênio IS	Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO OMBRO ESQUERDO
 NVC MID SEM ALT
 RX COM FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO E FRATURA DE UMEMO PROXIMAL

CD: AO BLOCO CIRURGICO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMEMO PROXIMAL ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

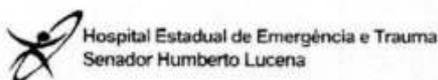
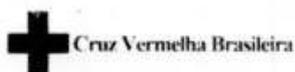
GOVERNO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE SAÚDE
 SECRETARIA DE DEFESA CIVIL
 SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
 SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE CULTURA
 SECRETARIA DE ECONOMIA
 SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE
 SECRETARIA DE TRANSPORTES E INFRAESTRUTURA

 ARAO SANTOS DE ALENCAR
 (7967/PB)

 ERIC DANIEL SANTOS SILVA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 20 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA		Nº Cons. Regional 8795/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:17:38	
Convênio S	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

Paciente, menor, pilotava motocicleta em via pública quando colidiu contra caminhão. Deu entrada trazido pelo SAMU, que o encontrou na cena, consciente orientado. Já recebeu primeiro atendimento ao traumatizado e no momento possui indicação de procedimento cirúrgico pela equipe de ortopedia.

A - VAP com colar e prancha

B - MV+ sim bilateralmente SRA, não apresenta dispnéia ou desconforto torácico

C - BCRNF SS pulsos cheios e simétricos, pelve estável, nega dor à palpação abdominal. Normotenso.

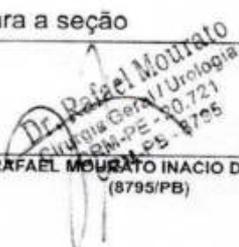
D - ECG = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em femur e

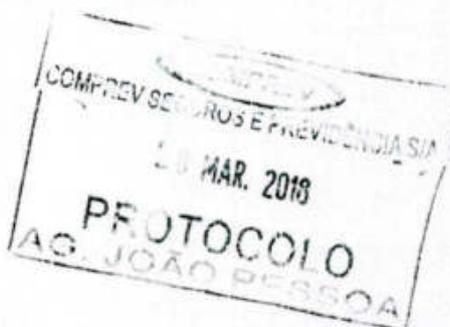
Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subseqüentemente da Pediatria.

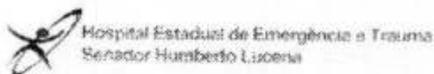
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção


RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA
(8795/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		RAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA		Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 11/11/2017 09:18:51	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

anamnese

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação

Alta médica

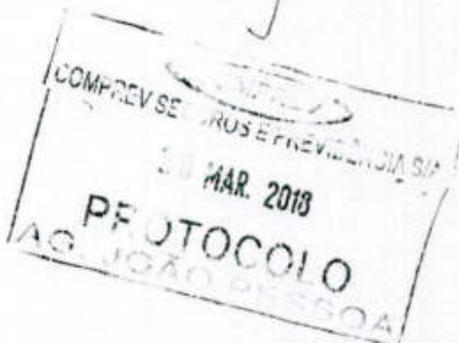
Assinário FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Data e Hora 11/11/2017 09:18:20
Motivo da Alta ALTA HOSPITALAR	Conduta paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal a.: evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo orientações alta hospitalar.

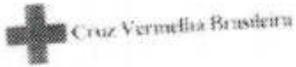
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 5804/PB)

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar | Imprimir | Reimprimir boletim





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:



Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:17:58

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:17:31)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. + tratamento conservador de fratura úmero proximal e.; evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo + orientações + alta hospitalar.

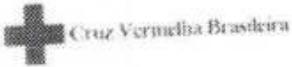
Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

[Handwritten signature]
Francisco Kartney Sarmento Pedrosa

COMPREVE SE
RUBRICAR E REVISAR
MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. 1040 PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCCO
Em: 09/11/2017 07:50:24

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCCO - 09/11/2017 07:50:15)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

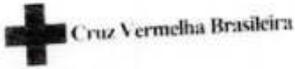
FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMEROS PROX ESQ. EVOLUINDO SEM FEBRE COM MELHORA DO LABORATÓRIO.
AGUARDA CIRURGIA (OSTEOSSÍNTESE PLACA 4,5 ESTREITA EM FEMUR)

Jeição: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCCO

Número Conselho: 7142

COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO
ROSEMEYRE JESUS
MAR. 2017
PE TINOCCO
AG 15/11/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 08/11/2017 11:24:30

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletem de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 704100248864080	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 11:24:25)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

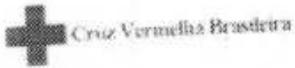
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS
PRE OP OK
AGUARDA CIRURGIA

Profissão: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

COM-REV SE...
MAR. 2013
PROTOCOLO
AG... PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 06/11/2017 07:56:12

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação 2d 6h 55min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 07:56:04)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, FEBRICULA, AGUARDA NOVOS EXAMES SOLICITADOS ONTEM.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

MEUSMIL 20/11/17

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Santos Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1039023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

____/____/____

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

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 UTILIZADOR OU 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - QTD

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

103 Placa PCP longa de 20 F. +
Ranf. bot. n.º: 30M, 32F, 341, 381, 42F e 441
Fio de Kirschner n.º 2,5F (Guia)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

____/____/____

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF _____

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF _____



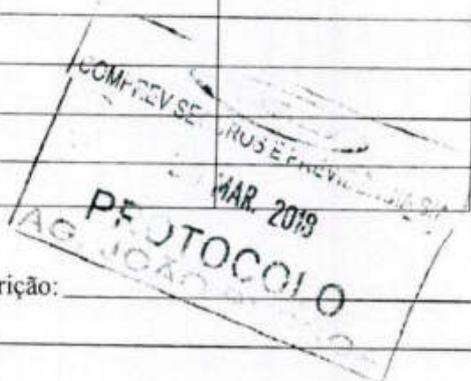


RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/11/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Artroscopia e redução de fratura de joelho de Fémur
 Cirurgião: Dr. Pedro 1º Assistente: Dr. Rodrigo
 2º Assistente: Dr. Pedro 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de joelho de Fémur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Artroscopia e redução de fratura de joelho de Fémur</u>	



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

Médico/CRM: _____
 Dr. Pedro Romão
 M. 100
 CRM 26.976
 João Pessoa, 10/11/17



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Eric Daniel Santos Silva
 IDADE: 12 BE 1039023 ENFERMARIA: LETO
 CIRURGIÃO: Dr. Gilson - Frac. Ruyne Edmar - D.
 CIRURGIÃO: Dr. Raimundo + Rodrigo de Azevedo + Ruyne Edmar (RS)
 ANESTESIA: Raqui
 ANESTESISTA: Adriana Alves
 INSTRUMENTADOR: Glendon
 INÍCIO: 13:40 FIM: 16:00
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIAS - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: limpa () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	<u>1 5F500ml</u>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	<u>5K2</u>	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	<u>2,00</u>
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	<u>2,05</u>
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SARÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	<u>OK</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	<u>OK</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<u>OK</u>	FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	<u>OK</u>	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	<u>OK</u>	FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>OK</u>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	<u>25</u>
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	<u>OK</u>	FIO DE KIRSCHNER Nº	<u>1</u>
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	<u>OK</u>	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	<u>OK</u>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	<u>OK</u>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOCXA P/ COLOSTOMIA		EMPRESA	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ABSORVIVEL	
ÁGUA DESTILADA	<u>1</u>	CATETER DE OXIGÊNIO	<u>1</u>	KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT. PAM	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		4,5 CM	
EFFERINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIS	<u>300</u>
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>100</u>	PARAFUSOS CORTICIS	<u>381</u>
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>100</u>	PARAFUSOS CORTICIS	<u>41</u>
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	<u>1</u>	PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	<u>1</u>	PLACA	<u>10</u>
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	<u>10</u>
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONIA DE PVPI		() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	<u>OK</u>	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	<u>OK</u>	() CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	<u>OK</u>	() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	<u>OK</u>	() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14	<u>OK</u>	() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16	<u>OK</u>	() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

AGENCIAMENTO DE MATERIAIS
 2018
 PROTOCOLO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:36:55
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111365442300000041755085
 Número do documento: 21060111365442300000041755085





HOSPITAL SANTA HELENA

FICHA DE ANESTESIA

HISTÓRICO

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Eric Daniel S. Silva SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 40 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL Desperto DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTABILIZADO

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Fratura Diáfisea Fêmur Dir.

CIRURGIA REALIZADA Fixação Cirúrgica Frac. Fêmur Dir.

CIRURGIÃO Penna AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 15:40 TÉRMINO DA ANESTESIA 16:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA Adriana Lobo de Azevedo CRM-PB 4572

AGF 15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

15:40 16:40 15:40

OK

XO

OK

TECNICA: GERAL PERIFERICA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

USUARIOS: Prop + Anti-sep + paracetolubano Lz. Lg + ag. 276 -> Lz. Clao

GLUCOSA: 100mg 5% 10ml

TUBO: 1) Propio. Bolo. 15mg 11

2) Propio. 2,08mg 12

3) O2 100% 3-4 min 13

4) Propio. 1g 14

5) Ketac 2g 15

6) Lidocain 10mg 16

7) Catilina 10mg 17

8) Demand 5mg 18

9) 19

10) 20

11) 21

12) 22

13) 23

14) 24

15) 25

16) 26

17) 27

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS!
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Adriana Lobo de Azevedo
Anestesiologista
CRM-PB/4572



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- paciente em DJH, Joel anterior
- 1.5g de peso + 1.5kg de peso
- Afecção de ambas as mãos

Incisão:

Incisão longitudinal lateral no coto (D)

Achados:

- Fratura fratura de Fêmur (D)

Conduta:

- Anestesia + Hemostasia local
- Lavagem do coto do FOCO de fratura
- Redução de Fratura com pinos de
- Redução
- Fixação do FOCO com 4.5 de 10 pinos
- Uso de 10 pinos corticais
- Lavagem de Hemostasia
- Lavagem do FOCO de coto

Fechamento:

- Fechamento com pontos
- Sutura com fio
- Curativo e controle

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO DE SOUZA

Observação:

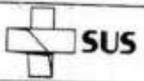
Dr. Pedro Romão Farias
CRM: 10888 8706

João Pessoa, 10/12/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

HEETSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1039023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

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 UTI E/OU 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 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

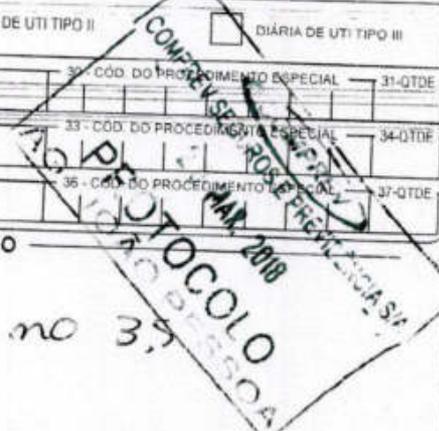
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fio de Kirschman no 37



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Victor Linhares

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

CRM 8784-RN
CRA 10894-PB

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/11/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento de Fx. Diáfise de Fêmur D
 Cirurgião: Dr. Araújo 1º Assistente: Dr. Gomes
 2º Assistente: Dr. Victor MRI 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fx. Diáfise de Fêmur D	
- Fx. úlcera proximal	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Targão transilial transcutânea D	
② Reduz. imediata de Fx úlcera proximal E	



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

Médico/CRM: Dr. Victor Linhares

João Pessoa, 03/11/17



Nota de Sala Cirúrgica

103 9023

NOME DO PACIENTE: <u>Eric Daniel Santos Silva</u>		IDADE: <u>12</u> BE: <u>1039023</u>		FRONTIÁRIO: _____ ENFERMARIA: _____ LETO: _____		
CIRURGIA: <u>Trat cir trat de tumores D + Uterus G</u>		CIRURGIÃO: <u>Arão</u> 1ª AUX: <u>George</u> 2ª AUX: _____		ANESTESIA: <u>geral</u>		
ANESTESISTA: <u>Dr Andre</u>		INSTRUMENTADOR: <u>-</u>		DATA: <u>03/11/17</u> TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INÍCIO: <u>22:00</u> CIRURGIA INÍCIO: _____ FIM: <u>22:40</u>		
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE) ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL			ALCOÓL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº13	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA			PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL			PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO			PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVÓBUPIVACAÍNA C/ VASO			SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVÓBUPIVACAÍNA S/ VASO			MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO			AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO			AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN			AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA			AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDÍACA
NIMBILUM			AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO			AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	QTD.
PETIDINA			AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PROPÓFOL			AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA			AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO			AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO			ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO			ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL			ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES		QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
ADRENALINA			BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ÁGUA DESTILADA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	HEMOST. ABSORVÍVEL
ATROPINA			CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT DERIVA. VENTRICULAR
BEXTRA			CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	PRÓTESE VASCULAR
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	KIT. PAM
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº18	FIXADOR EXTERNO
DIPIRONA SÓDICA			CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº18	EMPRESA
EFEDRINA			CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº18	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA			COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONG.	PARAFUSOS CORTICAIS
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSOS
GLUCONATO DE CÁLCIO			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSOS
HIDROCORTISONA			DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA			DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
ONDASENTRONA			ELETRÓDOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
PLASIL			EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PRÓTAMINA			ESPONJA DE PVPI			() ASPIRADOR
TENOXICAN			ESPARADRAPO			() BISTURI ELÉTRICO
			GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº	() CAPNÓGRAFO
			GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº	() CARDIOMONITOR
			GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	() DESFIBRILADOR
			JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº	() FOCO AUXILIAR
			JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL
						() MICROSCOPIO
						() OXÍMETRO DE PULSO
						() P.A. INVASIVA
						() PERFURADOR ELÉTRICO
						() SERRA
						CIRCULANTE

Maria José dos Santos
34440

FINDASCR 121-2





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: DDDH de 90º - ① Anestesia, antiespasmódica, CCE
Incisão: ②
Achados:
Conduta: ④ Trazão transesquelética Transiti- vial D, com Fio de Stelmom- 3,5 ⑤ Mobilização de Ombro D Para atingir inicialmente 90º de ângulo máximo D, quisto por nodos capsula
Fechamento:
Observação:

COMPREI SEJURO E PREVICINDA SI
 MAR. 2018
 AC. JOAO PESSOA
 PROTOCOLO

Dr. Victor Linhares
 RN
 11694-PB

João Pessoa, 03, 11, 11

Médico CRM:





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Eric Daniel Santos Silva
DATA DE NASCIMENTO 10/07/05
NOME DA MÃE tamires Kely Garcia dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105205
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039023
DATA DO ATENDIMENTO 03/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo + fratura de fêmur direito
CID 10 S42.2 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, apresenta dor, edema e deformidade em coxa direita, dor em braço esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, cervical, tórax, ombro e braço E, bacia, coxa D,
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D, fratura de úmero proximal E

TRATAMENTO:

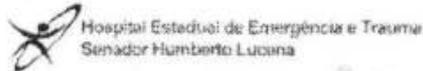
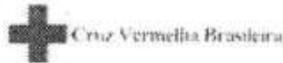
Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17
DATA DA EMISSÃO: 02/03/17

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





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES		Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:25:25		
Plano	Nº Matrícula	Senha		

Anamnese

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSSIDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

Conduta

Em observação

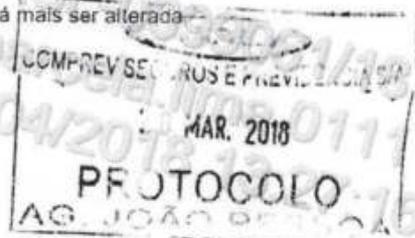
Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 7654
 TEOT 45555

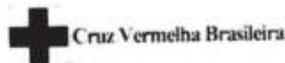
BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
 (7654/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES		Nº Cons. Regional 4757/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28		
Convênio *US	Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO 1/3 SUPERIOR DO BRAÇO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. VACINAÇÃO EM DIA - SIC. ALERGIA A SMZ + TMP.

AO EXAME:

EM PRANCHA COM COLAR CERVICAL, EUPNEICO, CORADO, GLASGOW 15.

AR MV + EM AHT SEM RA

ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR

MMSS: DOR EM 1/3 SUPERIOR DE BRAÇO E

MMII: DEFORMIDADE EM COXA D, COM EDEMA (+2/+4)

PELE: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E

HD: POLITRAUMA

FRATURA DE COXA D?

CD: RX DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, OMBRO E BRAÇO E, BACIA, COXA D

FAST, PARECER DA ORTOPEDIA E CIRURGIAO GERAL, NRC

SF 0,9%, DAPIRONA; CONSELHO TUTELAR

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: APLICAR 2 ML + AD EV DE 6/6 HORAS)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

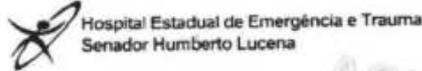
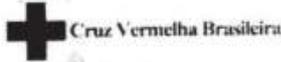
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 99577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:53:47		
Convênio S	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO; ESTAVA EM USO DE CAPACETE; SEM SINAIS DE TCE; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE; NEGA DOR EM COLUNA

VAI SER OPERADO PELA ORTOPEDIA DE FRATURA DE FÊMUR E ÚMERO PROXIMAL

CD: LIBERADO DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA; RETIRAR COLAR E PRANCHA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

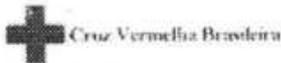
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	Nº Cons. Regional 7967/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37	
Convênio S	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO OMBRO ESQUERDO
NVC MID SEM ALT
RX COM FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO E FRATURA DE UMERO PROXIMAL

GD; AO BLOCÓ CIRURGICO PARA TRACÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMERO PROXIMAL ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(7967/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA	Nº Cons. Regional 8795/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:17:38	
Convênio *IS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Paciente, menor, pilotava motocicleta em via pública quando colidiu contra caminhão. Deu entrada trazido pelo SAMU, que o encontrou na cena, consciente orientado. Já recebeu primeiro atendimento ao traumatizado e no momento possui indicação de procedimento cirúrgico pela equipe de ortopedia.

A - VAP com colar e prancha

B - MV+ sim bilateralmente SRA, não apresenta dispnéia ou desconforto torácico

C - BCRNF SS pulsos cheios e simétricos, pelve estável, nega dor à palpação abdominal. Normotenso.

D - ECG = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em femur e

Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subsequentemente da Pediatria.

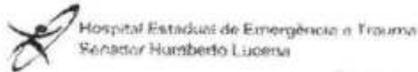
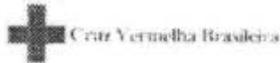
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Rafael Mourato
Rafael Mourato Inácio da Silva
URLOGIA
(8795/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		RAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 11/11/2017 09:18:51	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

anamnese

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação

Alta médica

Assinado FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Data e Hora 11/11/2017 09:18:20
Motivo da Alta ALTA HOSPITALAR	Conduta paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal e.: evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo orientações alta hospitalar.

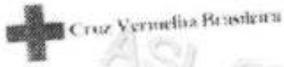
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 5804/PB)

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:17:58

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente	ERIC DANIEL SANTOS SILVA		Boletim de Atendimento	1039023	Data/Hora Entrada	03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	10/07/2005	Idade	Sexo	Masculino	CNS	704100248864080	Prontuário	105205
Tempo de Internação		Convênio	SUS				Plantão	DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:17:31)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. + tratamento conservador de fratura úmero proximal e. evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo + orientações + alta hospitalar.

Número Conselho: 5804

Indicação: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

[Handwritten signature]
Francisco Kartney Sarmento Pedrosa

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

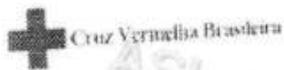
ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

COMPREENSE
MAR. 2018
PE JTOCCIO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 09/11/2017 07:50:24

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 704100248864080	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 07:50:15)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMEMO PROX ESQ. EVOLUINDO SEM FEBRE COM MELHORA DO LABORATÓRIO.
AGUARDA CIRURGIA (OSTEOSSÍNTESE PLACA 4,5 ESTREITA EM FEMUR)

Indicação: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

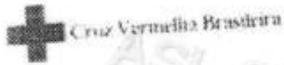
ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

COM. REV. SE
RUS ERG
11/04/2018 13:27:16
ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
PF. TINOCO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 06/11/2017 07:56:12

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel: 6332165700

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	Prontuário 105205
Tempo de Internação 2d 6h 55min	Convênio SUS	CNS 704100248864080	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 07:56:04)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, FEBRICULA, AGUARDA NOVOS EXAMES SOLICITADOS ONTEM.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16
COMPREV SE
RUSE PREVENÇÃO SA
MAR. 2019
FOTOCOPIO
AG. JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO





Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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 _____ 2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE MEOSNL 4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Eric Daniel Santos Silva 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 39023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO M

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 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 UTILIZOU 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 - QTOE _____

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 34 - QTOE _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 4,5 TM 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 37 - QTOE _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

103 Placa pcp longa de do F. +
Rang. cat. n° : 30 M, 32 T, 34 I, 38 I, 42 T e 44 I
Fio de Kirschner n° 2, 5 T (Guia)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____

41 - DOCUMENTO _____ 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

47 - DOCUMENTO _____ 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/11/17

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tortão de fratura de tíbia de Pilon

Cirurgião: J. Peres 1º Assistente: J. Rodrigo

2º Assistente: M. L. Silva 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de tíbia de Pilon</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tortão de fratura de tíbia de Pilon</u>	

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/11/17

F(NG).ASCIR.009-1





HOSPITAL MARIA
FRANCISCA

FICHA DE ANESTESIA

HET/01

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Eric Daniel S. Silva SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 48 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRURGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATORIO OK AP. CIRCULATORIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL Quietude DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO: PCT ANESTÉSICO () / ()

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Fratura Diáfisea Femur Dir

CIRURGIA REALIZADA Fixação Cirurgica Frac. Femur Dir

CIRURGIÃO Perreira AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 13:40 TÉRMINO DA ANESTESIA 15:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Adriana Lobão de Azevedo CRM-PB 4572

AG 05A 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENOSOS

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

100 80 60 40 20 0

TECNICA: GERAL INTRATECA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

1 Propofol 15mg

2 Diprivan 200mg

3 Oxigenio 3 l/min

4 Diprivan 1g

5 Propofol 15mg

6 Diprivan 10mg

7 Oxigenio 3 l/min

8 Diprivan 10mg

9 Oxigenio 3 l/min

10 Diprivan 10mg

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
MAR. 2018
PROJOCOLO
AG. JOÃO DE S. PA

Adriana Lobão de Azevedo
Anestesiologista
CRM-PB/4572





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em D.O. 11. Sol. em ortost. com 1548 cm + instrução - Posição de membros cirúrgicos
Incisão: - Incisão longitudinal lateral no coto (2)
Achados: - Fratura zigoma do fêmur (2)
Conduta: - Anestesia + Hemostase anterior - Supinação do fêmur de modo a fratura - redução da fratura com pinos de condilação - Fixação do fêmur com 4.5 de 10 mm - Uso de pinos corticais - revisão de elementos - lavagem do fêmur
Fechamento: - Fechamento com pontos - curativos alambicados - curativo em controle
Observação:

MAR. 2018

 PROTOCOLO

 AG. JOÃO PESSOA

HERTH

 00

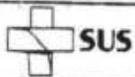
 9706

João Pessoa, 10/12/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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: HEETSHL; 2 - CNES; 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE; 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Eric Daniel Santos Silva; 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1039023; 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS); 8 - DATA DE NASCIMENTO; 9 - SEXO; 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL; 11 - TELEFONE DE CONTATO; 12 - ENDEREÇO; 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 UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE; 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

01 fio de Kirschman no 39



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Victor Linhares; 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO; 41 - DOCUMENTO; 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE; 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM 8084-RN, CEM 10894-PB

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR; 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR; 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO; 47 - DOCUMENTO; 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE; 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/11/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento de Fr. Diáfise de Fêmur V
 Cirurgião: Dr. Araújo 1º Assistente: Dr. Gomes
 2º Assistente: Dr. Victor MRI 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fr. Diáfise de Fêmur V	
- Fr. úlcera proximal	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Troca Transilator Transilator lítica V	
② Reduz. imediata de Fr úlcera proximal F	

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

Médico/CRM: _____

Dr. Victor Linhares
 CRM: _____
 Cl. Méd. PB

João Pessoa, 03/11/17





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDOH deitado -
1 Anestesia, antiespasmódico, CCE

Incisão:

3

Acadados:

Conduta:

4) Trazão transosteal da tíbia Transiti-
vial D, com Fio de Steinmann -
3,5

5) Mobilização de Ombro - D
para redução traumática Ex
de ombro máximo D, quisto
por nodos e apêlo

Fechamento:

Observação:

CONFREY SEGUROS E PREVIC
AC. PROTOCOLO
MAR. 2018

Dr. Victor Linhares
RN
50094-PB

João Pessoa, 03.11.17

Médico CRM:



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Eric Daniel Santos é portador do CID : S 42.2 + S 72.3 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação articular na região especificada proveniente de fratura de úmero esquerdo e fêmur direito ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

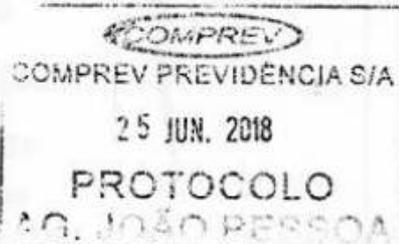
Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

Dr. Anuar Murad Filho
Medico
C.R.M-PB: 8.742
0-06-2018



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DI. P62

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3489124 DATA DE EMISSAO 14/09/06

NOME ERIC DANIEL SANTOS SILVA

ERIELSON BERNARDINO DA SILVA
ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS

Guarabira-PB. 10.07.2005.
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 27.047; rls. 41-V'liv. A28
Cart. de Araruna-PB.

CPF: *Eric Daniel Santos Silva*
Assinatura do Diretor

LEI Nº 448 DE 29/08/83

UM ANO E DOIS MESES DE IDADE
ASSINATURA DOUTRALAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

084.355.204-20

Nome: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Nascimento: 10/07/2005

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DF
 2834303 SSP PB

CPF
 050.424.914-22

DATA NASCIMENTO
 12/09/1984

FILIAÇÃO
 LUIS ANTONIO COSTA
 MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO
 ACC
 CATIAA
 B

N° REGISTRO
 02684577050

VALIDADE
 05/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
 04/01/2003

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 06/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
 71539210462
 PB036039055

PARAIBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1631810501

COMPREV SEGUROS E PREVICENCIA S/A
 20 MAR. 2018
 PF JTOCOLO
 AG JOAO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DI. P62



Atamires Kely Santos Macêdo Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 3.141.013 2ª VIDA DE 18-03-2008
 DATA DE EXPEDICAO

NOME VA ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA

FILIAÇÃO José Ronaldo Silva de Macêdo
 Ires do Céu Garcia dos Santos

Araruna-PB. 10-05-1988
 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Doc. Cart. Cas. Nº 305 fls. 107; liv. B. Aux. 2
 Cart. de Araruna-PB.

CPF

Ass. Pessoa - PB *M. N. Silva*
 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de CPF: 061.329.594-32

Nome: ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA

Data de Nascimento: 10/05/1988

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

21 MAR. 2018

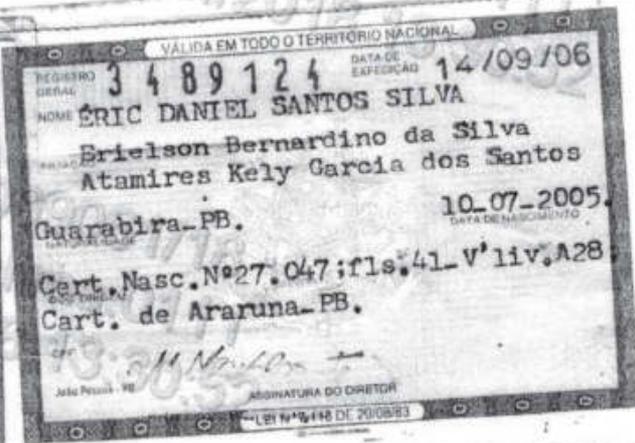
PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018



ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018



ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:30:52

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:30:52

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:30:52



ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:30:52

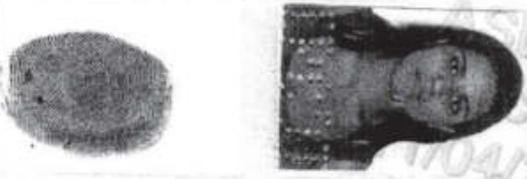


ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P62



Atamires Kely Santos Macêdo Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.141.013 2ª VIGATA DE 18-03-2008

NOME ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA

FILIAÇÃO José Ronaldo Silva de Macêdo
Ires do Céu Garcia dos Santos

Araruna - PB. 10.05.1988.

Doc. de Ident. Cart. Cas. Nº 305 fis. 107; 11v. B. Aux. 2
Cart. de Araruna - PB.

CPF 3.333.333-33

ASSINATURA DO DIRIGENTE

LEI Nº 7.116 DE 22/06/03

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:33:15

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 061.329.594-32

ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA

01/05/1988

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:33:15

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:33:15

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:33:15



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA E PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAIBA

NOME: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIFICAÇÃO / OUTRO IDENTIFICADOR: 3834303

UF: PB

CPF: 050.424.914-22

DATA NASCIMENTO: 12/09/1984

PRIMAÇÃO: LUIZ ANTONIO COSTA

MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA

PERMISÃO: []

NIC: []

CATEGORIA: B

Nº REGISTRO: 02684577050

VALIDADEZ: 05/01/2023

1ª EMISSÃO: 06/01/2003

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631810501

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO FESSOA, PB

DATA EMISSÃO: 08/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

71539210462

PB036039055

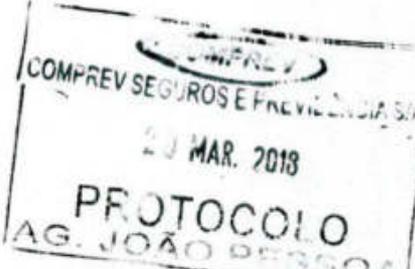
PARAIBA

ASL-0099061/18
 marcela.lima.0111
 11/04/2018 13:35:10

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 MAR 2018
 PF JTOCOLO
 AG 108



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 012153181161	
21598101041		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VIA			
1	0036621491-8	00/00000000	
NOME/ENDEREÇO			
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA RUA SAO MATEUS SN CASA CENTRO 58233000 ARARUNA - PB			
CPF (CNPJ)		PLACA	
04462039475		MOO7201/PB	
NOME ANTERIOR			
JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS			
PLACA ANT./UF		CHASSI	
NOVO PB		9C2JC4820BR007589	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
HONDA/BIZ 125 ES		2011 2011	
CAP/POT/CL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE			
PRETA			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
N. Motor : JC48E2B007589 0			
ARARUNA - PB		DATA	
14311		10/08/2015	
LOCAL		31054	


 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 20 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153181161
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - EXERCÍCIO
1 - 0036621491-8 - 00/00000000 - 2015

NOME
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA

OFF/CNPJ - PLACA
04462039475 - MOO7201/PB

PLACA ANT./UF - CHASSI
NOVO - PB - 9C2JC4820BR007589

ESPECIE TIPO - COMBUSTIVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC - ALCO/GASOL

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD
HONDA/BIZ 125 ES - 2011 - 2011

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI - PARTIC - PRETA

COTA UNICA - VENC COTA UNICA - VENC/COTAS
IPVA PAGO EM - 19/01/2015

FAIXA IPVA - PARCELAMENTO/COTAS
***** - 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
***** - SEGURO PAGO - 19/01/2015

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

ARARUNA - PB - LOCAL - DATA
14311 - 10/08/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, APESAR
DE TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012153181161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2015 - 10/08/2015

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 - 04462039475 - MOO7201/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO
00366214918 - HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB - CIL - Nº CHASSI
2011 - 9 - 9C2JC4820BR007589

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** - ***** - *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** - SEGURO - PAGO

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
 COTA UNICA PARCELADO - 19/01/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0843250-20150810

MAI-2015

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153181161
21598101041
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA: 0035621491-8 / 00/00000000

GRAZIELA TEIXEIRA SILVA
RUA SÃO MATEUS SN CASA
CENTRO
58233000 ARARUNA - PB

04462039475 / MOO7201/PB

JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS

NOVO PR 9C2JC4820BR007589

ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLIC / COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES / ANO FAB: 2011 / ANO MOD: 2011

CAP/ROT/CIL: 2 P/124 /CI / CATEGORIA: PARTIC / COR PREDOMINANTE: PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N. Motor: JC48E2B007589

ARARUNA - PB LOCAL: 14311 / DATA: 10/08/2015

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
11/04/2018 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153181161
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 0036621491-8 EXERCÍCIO 2015
00/00000000

NOME GRAZIELA TEIXEIRA SILVA

CPF/CNPJ 04462039475 PLACA MOO7201/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4820BR007589

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB 2011 ANO MOO 2011

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

DOTA UNICA IPVA PAGO EM 19/01/2015 VENC COTA UNICA 19/01/2015

TAXA IPVA ***** PARCELAMENTO/COTAS 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) ***** IDP (R\$) SEGURO PREMIO TOTAL (R\$) PAGO DATA DE PAGAMENTO 19/01/2015

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

ARARUNA - PB LOCAL 14311 DATA 10/08/2015

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012153181161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 CPF / CNPJ 04462039475 PLACA MOO7201/PB

RENAVAM 00366214918 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2011 ANO MOO 2011 CHASSI 9C2JC4820BR007589

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ (R\$) ***** DONAT/AN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CRÉDITO DO RESSURTO (R\$) ***** IDP (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO SEGURO PAGO

PAGAMENTO SOTA UNICA PARGELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/01/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.698/0001-08 www.seguradoralider.com.br

31054-0843250-20150810

MM-2015

LACRIMADO

CONTRA

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099061/18
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
CPF: 084.355.204-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017
Titular do CPF: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

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
DUT
Outros

ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA : 061.329.594-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

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

ATENÇÃO:

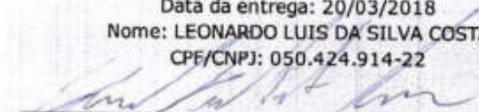
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2018
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF/CNPJ: 050.424.914-22


LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40


ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127713/18
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
CPF: 084.355.204-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017
Titular do CPF: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

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
DUT
Outros

ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA : 061.329.594-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

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

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2018
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

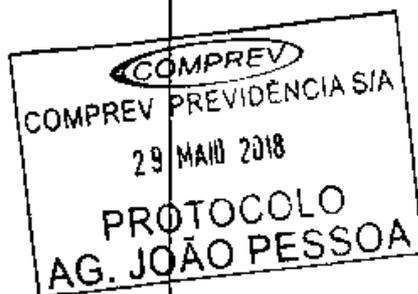
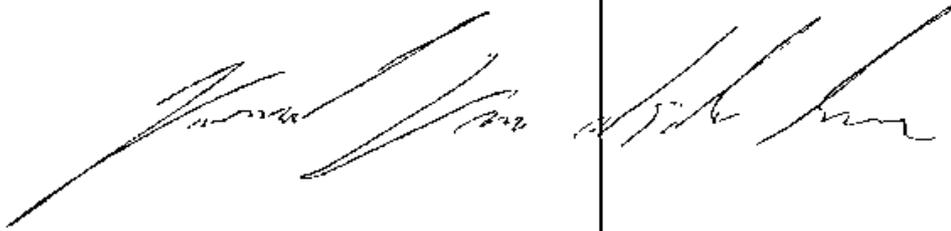
Data do cadastramento: 11/04/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Em nome do juiz da Silva Costa, na condição de
Procurador de Procurador do Sr. Eric Daniel
Santos Silva, Simistro: 3180164698, solicito uma
nova Perícia médica. Visto que, por motivo de
falta maior o mesmo não pôde comparecer!

São Paulo, 23 de Maio de 2018.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO E NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMEMO PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEMO ESQUERDO COM TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBEM HIPOTROFIA DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA SUA MARCHA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO
FRATURA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO. FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,

Sequelas permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO OMBRO ESQUERDO.
NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/07/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$3.206,25 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO E 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA,
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
ABRIGADORA, CI RG nº 3141013,
CPF/MF nº 06132859432, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA, S/N,
Cidade de PARAIBA, Estado
PARAIBA, CEP: 83986618863, telefone
83987511209.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



CARTÓRIO CELEIDA
SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Rua Manoel Martins Teixeira, nº 359, Jardim das Acácias, João Pessoa, Paraíba, CEP: 55011-000
Reconhecido por Autenticidade a firma de ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA, [1080931], J. Pessoa-PB, 15/03/2018
16:27:28 Emol RVP, 48 Faspens:140;28 Fedi:461,91.
19:540,47. En test de verdade. Tabelião CELEIDA DOSNG
KELLY SANTOS MACEDO SILVA, [1080931], J. Pessoa-PB, 15/03/2018
Consulte em www.cartorioceleida.com.br

MAR, 2018
PROTOCOLO
AG 1080931

João Pessoa, 15 de Março de 2018.

Atamires Kelly Santos Macedo Silva



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593845

A/C: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00389/00390 - carta_22 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593845

A/C: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00389/00390 - carta_22 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593960

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00391/00392 - carta_22 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593960

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00391/00392 - carta_22 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Pag. 00103/00104 - carta_01 - INVALIDEZ



00020052

Carta nº 12679582



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Pag. 00103/00104 - carta_01 - INVALIDEZ



00020052

Carta nº 12679582



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Pag. 00105/00106 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12679617



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Pag. 00105/00106 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12679617



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA
Nº Sinistro: 3180164698
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180164698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag: 00497/00498 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12682340



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Sinistro: 3180164698

Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180164698** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 01019/01020 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12776183



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12980119

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Nº Sinistro: 3180164698
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Valor: R\$ 3.206,25
Banco: 237
Agência: 000000793-5
Conta: 0000012682-9
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01251/01252 - carta_15R - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Sinistro: **3180164698**

Vítima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180164698** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00547/00548 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13021553



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vítima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Pag. 01179/01180 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13156403



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180164698**
Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**
Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **11/06/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE UMEMO PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEMO ESQUERDO COM TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVACÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBEM HIPOTROFIA DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA SUA MARCHA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Sem seqüela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO.**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flavio Eduardo Paro Haddad
MÉDICO
CRM 52595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180164698**
Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**
Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **27/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO
FRATURA DO FÊMUR DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.

FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSEQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,**

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Sem seqüela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Seqüela): **OMBRO ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Seqüela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Seqüela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Seqüela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180164698**
Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**
Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **27/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO
FRATURA DO FÊMUR DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.

FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSEQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Sem seqüela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Seqüela): **OMBRO ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Seqüela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Seqüela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Seqüela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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	Nome completo da vítima
	084355204-20	ERIC DANIEL SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ATAMIRAS KELLY SANTOS MACEDO SILVA	06132958432	ADMINISTRADORA
Endereço	Número	Complemento
RUA MANOEL MANTOVAN TEIXEIRA	514	
Bairro	Cidade	Estado
CENTRO	PARANÁ	PARANÁ
CEP	Telefone (DDD)	
58233-000	83 58661863	
Email		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NFO	DIV	CONTA NFO	DIV
0038		00017136	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



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

João Pessoa, 15 de Março de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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: Nome completo da vítima:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <input type="text" value="ATA MIRIEL KELLY SANTOS MACEDO SILVA"/>		CPF titular da conta <input type="text" value="0613298452"/>	Profilado <input type="text" value="26/11/2018"/>
Endereço <input type="text" value="RUA MARCEL MANTOVATEIXEIRA"/>		Número <input type="text" value="1709/69"/>	Complemento <input type="text"/>
Bairro <input type="text" value="CENTRO"/>	Cidade <input type="text" value="ATAÍUNA"/>	Estado <input type="text" value="PA"/>	CEP <input type="text" value="58233-006"/>
Email <input type="text"/>		Telefone (DDD) <input type="text" value="83 386615803"/>	

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

RECURSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 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 (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: NFO:
 Agência: NFO:
 Agência: NFO:
 Agência: NFO:

AGÊNCIA NFO: DV: CONTA NFO: DV:
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

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

ATA MIRIEL KELLY SANTOS MACEDO SILVA
 Local e Data: ATAÍUNA, 15 de MAIO de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08220409620198152001

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.206,25 (três mil e duzentos e seis reais e vinte e cinco centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:36:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111365589800000041755087>
Número do documento: 21060111365589800000041755087