



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 KELY 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
43912907	01/06/2021 11:36	Petição	Petição
43912912	01/06/2021 11:36	2618691_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
43912914	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 Vítima: 08435520420
Nome completo da vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ATAMINEZ KELLY SANTOS MACÊDO SILVA
CPF titular da conta: 06132959432
Profissão: AGRICULTORA
Endereço: RUA: LOT 3556 BOMFIM DE ARAUJO
Número: 512
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: ARAUJO
Estado: PARAIBA
CEP:
Email:
Telefone (DDD): 33386618863

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

☒ RECUSO 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
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237)
☐ BANCO DO BRASIL (007)
☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome: BRANCO NRO: 237
AGÊNCIA NRO: 793 D/V: 5
CONTA NRO: 12682 D/V: 9
AGÊNCIA NRO: D/V:
CONTA NRO: D/V:
(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.

ARAÇABI, 26 de Abril de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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 Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **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:

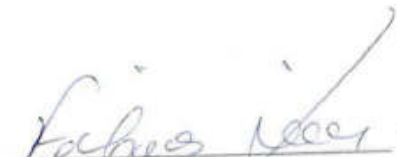
Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

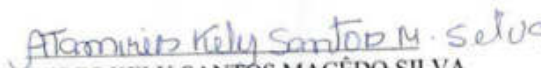
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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, 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:

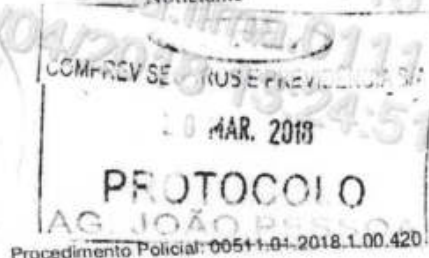
Que seu filho **ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA** (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005, estudante, com 12 anos de idade, CPF. 084.355.204-20, RG. 3489124 SSDS/PB, filho da noticiante e de Erielson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a **MOTOCICLETA 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 KELLY SANTOS MACÊDO SILVA
Noticiante



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

ATAMIRIS KELLY SANTOS MACÊDO SILVA

CPF do Representante legal

06132858432

Email

Telefone (DDD)

83386618863

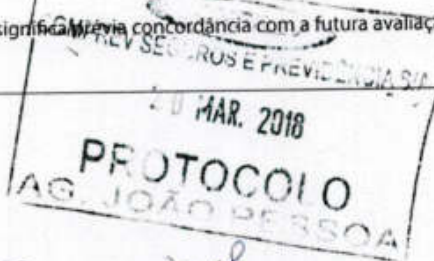
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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

084356204-20

Data do Acidente

03/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ATAMIRIS KELLY SANTOS MACÊDO SILVA

CPF do Representante legal

06132858432

Email

Telefone (DDD)

83886618863

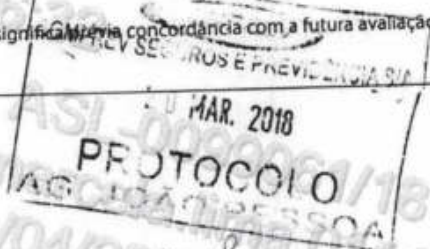
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Local e Data

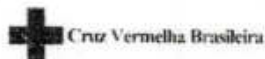
São Paulo, 15 de março de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

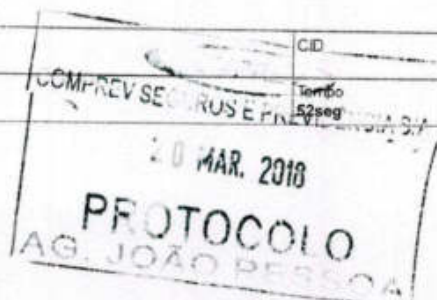
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039023



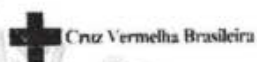
Identificação do paciente			
ID 1226717	Nome ERIC DANIEL SANTOS SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12 anos 3 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS	Pai ERIELSON BERNARDINO DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ATAMIRES KELLY - MAE		
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			

Imprimir



03/11/2017 17:02





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

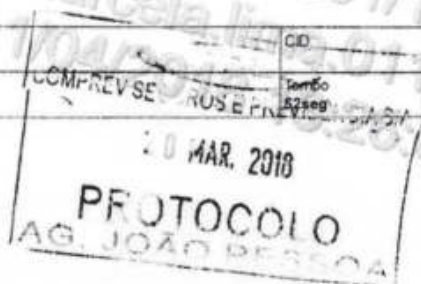
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

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	
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	Clinica	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
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			

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

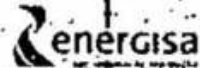
Nr. Autenticação

BRADESCO1506201805000000000023700793000000012682320625 PAGO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal
Documento não é segunda via do comprovante
Folha para depósito bancário de auto liquidação de energia elétrica, nº 025.474.837



Parâmetros técnicos - 100% de eficiência energética
In 2018, In 2019 - 100% de eficiência energética
COP / 2018, 2019 / 2018, 2019 - 100% de eficiência energética

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
FRANCISCO DA SILVA LIMA RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N JARDIM		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

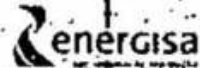
Energisa		FRANCISCO DA SILVA LIMA	
100% de eficiência energética		RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N JARDIM	
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
30/04/2018	R\$ 68,35	M08217.3018-014	

9 (83) 98661-9863

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

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal
Documento não é segunda via do comprovante
Folha para registro contábil de folha fiscalizada de energia elétrica, N° 025.474.837



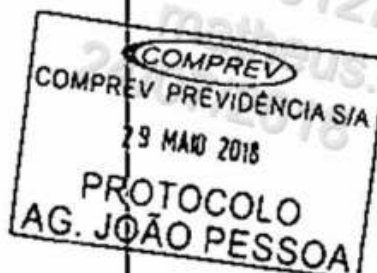
Parâmetros técnicos - 100% de eficiência energética
In 2018, In 2019 - 100% de eficiência energética
COP / 2018: 100 / 2019: 100 - 100% de eficiência energética

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
FRANCISCO DA SILVA LIMA RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N JARDIM		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

Energisa		FRANCISCO DA SILVA LIMA RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N JARDIM	
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
30/04/2018		R\$ 68,35	

9 (83) 98661 - 9863



**LEONARDO**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
FEV/2018
CÓDIGO MINHA OI
401065114229VENCIMENTO
02/03/2018
Emissão em 15/02/2018
Período de 13/01/2018 a 13/02/2018PAGAR (R\$)
89,20CTC 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.**MUDE 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**

Além disso, você...

realizou chamadas de longa distância

3,96**SUBTOTAL****87,82**

Multas 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: 893198406

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229

**CÓDIGO MINHA OI
401065114229**www.oi.com.br/MinhaOiCadastre-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
Jen 2018	92,14
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: 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 COSTAFATURA DE
FEV/2018VENCIMENTO
02/03/2018VALOR
89,20DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

OI MÓVEL S.A.

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

Gr Setor Comercial Norte S/N - Asa Norte
Brasília - DF CEP: 70713-900
CNPJ: 06.423.983/0001-01
Inscrição Estadual: 07.441.356/00010
Inscrição Municipal:

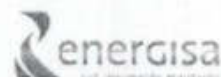


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-via de conta.

Bônus para sempre pagamento da conta Socialmente de energia elétrica. Nº 002.508.553



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



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

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é anexo ao boleto

Receber para sempre pagamento da conta de consumo de energia elétrica Nº 002 508.553



ENERGISA PARAITÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58015-480
CNPJ 06.956.183/0001-60 Insc. Est. 18.015.823-0

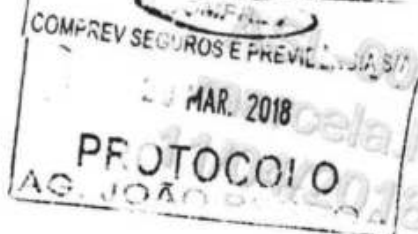
DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
FRANCISCO DA SILVA LIMA RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N ARARUNA			5/1459317-2	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2018	21/02/2018	80	28/02/2018	R\$ 60,88

Acesse: www.energisa.com.br



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

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





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



7200039896 00000 0000000000 10 160218

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



NUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse 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

83,86

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

3,86

SUBTOTAL

87,82

Multa e Juros

1,38

TOTAL DA SUA FATURA

89,20

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPE: 050.424.914-22
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452
NÚMERO DA FATURA: 893198408
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229

CÓDIGO MINHA OI
401065114229

oi.com.br/MinhaOI
Consulte sua fatura e consulte todas
as informações, digite o código de acesso e
insira o nome.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor de sua fatura nos últimos meses

Fev 2018	89,20
Jan 2018	82,14
Dez 2017	50,28
Nov 2017	33,96
Out 2017	47,83
Set 2017	71,33

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
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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG 1000



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

DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

OI MÓVEL S.A.

1º Setor Comercial Norte (SN) - Ala Norte
Brasília - DF CEP 50108-000
CNPJ: 06.903.989/0001-01
Serviço Especial: 01-441.116.01101
Inscrição Municipal

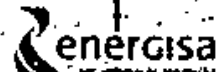


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor final

Documento não é segurado de conta

Para mais informações consulte o site da Energisa ou ligue 0800 025 474 831



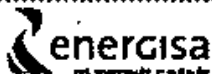
Energisa
Energia para todos
Rua 20 - Setor Industrial - João Pessoa - PB - CEP 53075-000
CNPJ 06.988.832/0001-00 - Insc. Est. 14.046.520-0

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

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

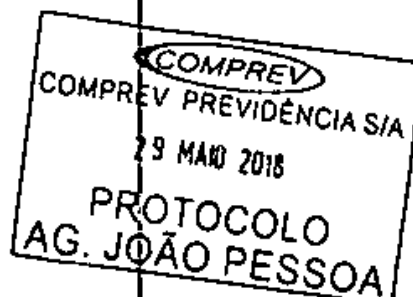


FRANCISCO DA SILVA LIMA
Relatório 13-982-888-1230

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
30/04/2018	R\$ 68,35	1459317-2018-04-4

9 (83) 98661 - 9863

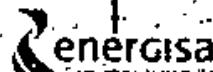


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo

Documento não é segurado de prazo

Para mais informações consulte o site da Energisa ou ligue 0800 025 474 831



Energisa Energia

Endereço: Rua 27 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 53017-000

CEP: 53017-000 - João Pessoa, PB

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA EM
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

92

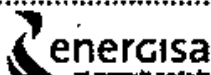
VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br



Energisa

FRANCISCO DA SILVA LIMA

Relatório: 13-002-000-1250

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO

30/04/2018

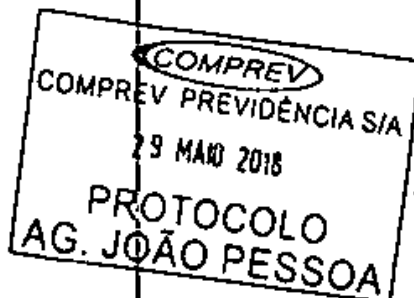
TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

9 (83) 98661 - 9863



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 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 HERNANDO WISLA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ATAMINES KELLY SANTOS MACHADO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329584 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERIC GABRIEL 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 GUSEMBARBAHAN BOTO DE MENEZES</u>		Número <u>358</u>	Complemento <u>CAD</u>
Bairro <u>SARINHA DAS AGUAS</u>	Cidade <u>SÃO JOSÉ DO RIO PRETO</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>55020-690</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>83386619863</u>	Telefone celular (DDD)

São José do Rio Preto 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 GUILHERME SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 850424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISKELY SANTOS MARQUES SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061323184 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura 12244702 da Vítima FRANCISKELY 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	Número	Complemento
<u>Rua Desembargador Manoel de Menezes</u>	<u>358</u>	<u>CAD</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>São Dimas</u>	<u>São Paulo</u>	<u>Paraná</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
	<u>83386618863</u>	<u>9820690</u>

São Paulo, 15 de maio de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziela Seixena 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
Erilson B. B. Marinho da Silva

Veículo: MOTO
Modelo: Honda/Biz 12505
Ano: 2011/2011
Placa: M007201/PB
Chassi: 8C2JC4820B1007589
Data do Acidente: 03/11/2017
Local e Data: Araruna, 14 de março, 2018

Graziela Seixena Silva
Assinatura do Declarante

Erilson B. B. Marinho da Silva

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

RECONHEÇO verdadeira Letra (e) Firma(s)

por autenticidade de Graziela Seixena Silva

Araruna 14 de março de 2018

Em Teste Assinatura da verdade.

Avanira Fernandes M. Nobre
TABELIÃO

SELO DIGITAL

AGK54575 - UF1J.

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziele Siqueira 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 B. Bernardino da Silva

Veículo: MOTO

Modelo: Honda/Bi 2 125cs

Ano: 2011/2011

Placa: 7003201/PB

Chassi: 852554820B1007589

Data do Acidente: 03/11/2017

Local e Data: Araruna, 14 de março, 2018

Graziele Siqueira Silva
Assinatura do Declarante

Orilson Bernardino 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 Siqueira Silva

Araruna, 14 de Março de 2018

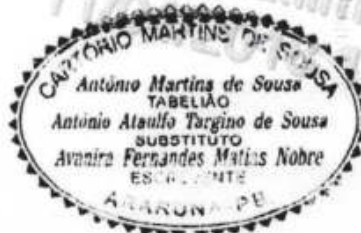
Em Teste [Assinatura] da verdade

Assisra Fernandes M. Nobre
TABELIAO

SELO DIGITAL

AGK54515 - 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:

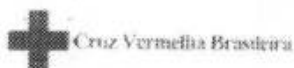
Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

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
Mão ATAMIRIS KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário 105205
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	
Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSEDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

Conduta

Em observação

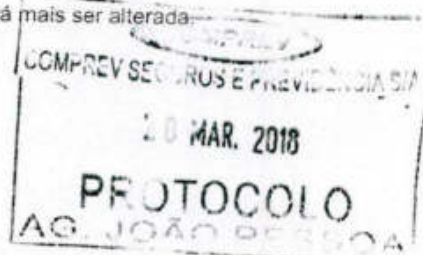
Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 7654
TEOT 45655

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
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28	Nº Cons. Regional 4757/PB
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

ABDOMEN 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
Mão ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:53:47		Nº Cons. Regional 6628/PB
Convênio UNIS	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 COLUMNA

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





Cruz Vermelha Brasileira



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
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Nº Cons. Regional 7967/PB	
Convênio IS	Nº Matrícula		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37
			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 UMERU PROXIMAL

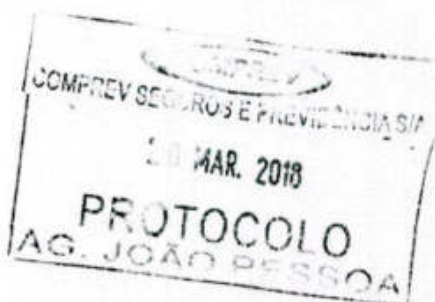
CD: AO BLOCO CIRURGICO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMERU PROXIMAL
ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(7967/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
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
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.

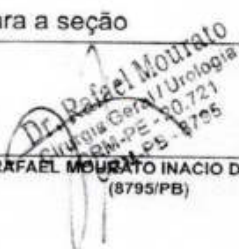
D - ECG = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em fêmur e

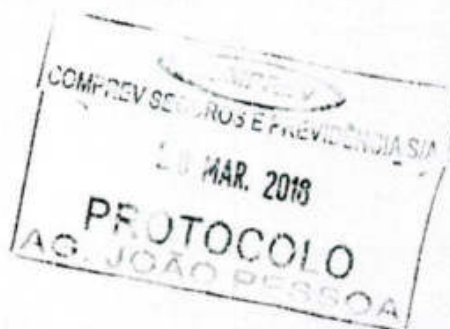
Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subsequentemente da Pediatria.

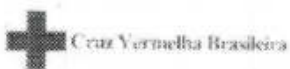
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção


RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA
(8795/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação

Alta médica

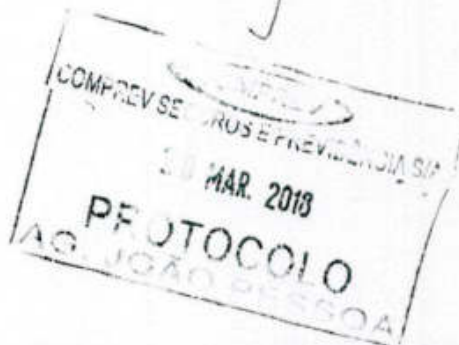
Assinatura	Data e Hora
FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	11/11/2017 09:18:20
Motivo da Alta	Conduta
ALTA HOSPITALAR	paciente no 1º dpo de osteossíntese da fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal a.: evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo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

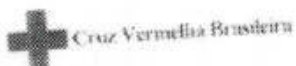
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

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
CNS: 6121221 - Tel.:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	Sexo Masculino	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 704100248864080	Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

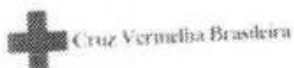
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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





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 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	CNS 704100248864080
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105205	Plantão DIURNO

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

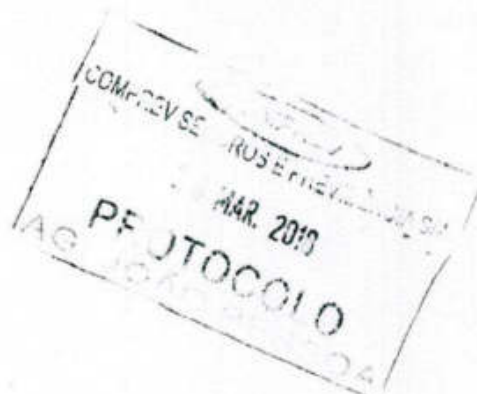
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

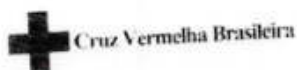
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMEROS 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





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	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 (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

ação: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
-ofissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	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





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

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 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 - 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

102 Placa PCP longa de 20 F. +
Rang. bot. n.º: 30 M, 32 F, 34 I, 38 I, 42 F e 44 I
Fio de Kirschner n.º 2,5 F (Guia)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/11/12

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tortão e redução de fratura de tíbia de Fêmur

Cirurgião: Dr. Pedro 1º Assistente: Dr. Rodrigo

2º Assistente: Dr. 1. Pedro 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

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

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tortão e redução de fratura de tíbia de Fêmur</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
Médico
CRM-PB 9764

João Pessoa, 10/11/12

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		Eric Daniel Santos Silva	
IDADE	13	BE	1039623
CIRURGIÃO	Dr. Raimundo Frateschini Filho		
CIRURGIÃO	Dr. Raimundo Frateschini Filho + Raimundo Frateschini Filho (RS)		
ANESTESIA	Raiquiri		
ANESTESISTA	Aryana Kelen		
INSTRUMENTADOR	Gleiston		
INÍCIO	13:40	TERMINO	16:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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			
ALFENTANIL	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1 SE 500ml	JELCO Nº18	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20	
CETAMINA	500ml	JELCO Nº22	
DROPERIDOL		JELCO Nº24	
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
FENOBARBITAL	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11	
PENTANIL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	
FLUMAZENIL	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	
ISOFLURANO	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 13X4.5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
MORFINA	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
NIMBÍUM	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	
PROPÓRFOL	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	
SEVOFLURANO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	
SUXAMETÔNIO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	
TIOPENTAL	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	
	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES		EMPRESA	
ADRENALINA	QTD.	ROSCA P/ COLOSTOMIA	4,5 CM
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	
BEXTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
CEFALOXILINA		CATETER EPIDURAL Nº16	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº17	
DIPIRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº18	
EPIRINA		CERA PARA OSSO	
FUROSEMIDA		COLET. URINA FECHADO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE	
LIDOCAÍNA GELÉIA		DRENO DE SUÇÃO	
ONDASENTRONA		ELETRODOS	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE	
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS	
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI	
		ESPARADRAPO	
		GAZES	
		GAZES ALGODOADAS	
		GEL ELETROLÍTICO	
		JELCO Nº14	
		JELCO Nº16	
		EQUIPAMENTOS	
		() ASPIRADOR	
		() BISTURI ELÉTRICO	
		() CAPNÓGRAFO	
		() CARDIOMONITOR	
		() DESFIBRILADOR	
		() FOCO AUXILIAR	
		() FOCO CENTRAL	
		() MICROSCÓPIO	
		() OXÍMETRO DE PULSO	
		() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
		() PERFURADOR ELÉTRICO	
		() SERRA	
		CIRCULANTE	



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- paciente em D7H, 90° anterior
- 1494cm + 1494cm
- Afecção de ambos os membros

Incisão:

Incisão longitudinal lateral no coto (2)

Achados:

fratura fratura do fêmur (2)

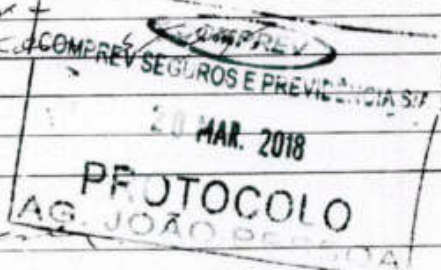
Conduta:

- Amputação + Hemostasia posterior
- Suprimento de fôco de fratura
- Redução de fratura com fixação
- Fixação de fôco de 4.5 de 10 fôcos
- Uso de 10 fôcos corticais
- Fecundação de fôcos
- Lavagem do fôco de

Fechamento:

fechamento com pontos
suturas e pontos
de controle

Observação:



Dr. Pedro Romão Farias
Médico
CRM 100.000

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Santos Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1039023

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 3,5

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
CRM 10894-PB

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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)

() CNS () CPF





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 MR1 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Targão transilíaco Targão lética D	
② Reduz. interno de Fx úmulo 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
CRM 100000-00
CRM 100000-00

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>
CIRURGIÃO: <u>Arão</u>	1º AUX: <u>Georgel</u>
ANESTESIA: <u>geral</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr Andre</u>	
INSTRUMENTADOR: <u>-</u>	
DATA: <u>03/11/17</u> TEMPO CIRÚRGICO: <u>ANESTESIA: INÍCIO: 22:00</u> CIRURGIA: INÍCIO: <u>22:40</u> FIM: <u>22:40</u>	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()	
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	MATERIAIS CONT.
ALFENTANIL	JELCO Nº18
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	JELCO Nº20
BUPIVACAÍNA PESADA	JELCO Nº22
CETAMINA	JELCO Nº24
DROPERIDOL	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº
ETOMIDATO	LÂMINA BISTURI Nº11
FENOBARBITAL	LÂMINA BISTURI Nº13
FENTANILA	LÂMINA BISTURI Nº23
FLUMAZENIL	LÂMINA BISTURI Nº24
ISOFLURANO	LÂMINA DE DERMATOMO
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	LÂMINA DE ENXERTO
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.
LIDOCAÍNA C/ VASO	LUVA ESTÉRIL Nº7,0
LIDOCAÍNA S/ VASO	LUVA ESTÉRIL Nº7,5
MIDAZOLAN	LUVA ESTÉRIL Nº8,0
MORFINA	LUVA ESTÉRIL Nº9,5
NIMBILUM	MÁSCARA CIRÚRGICA
PANCURÔNIO	MULTIVIAS
PETIDINA	PERFURADOR DE SORO
PROPOFOL	SCALP Nº19
RAMIFENTANILA	SCALP Nº21
ROCURÔNIO	SERINGA 3ML
SEVOFLURANO	SERINGA 5ML
SUXAMETÔNIO	SERINGA 10ML
TIOPENTAL	SERINGA 20ML
MEDICAÇÕES	MATERIAIS
ADRENALINA	BOLSA P/ COLOSTOMIA
ÁGUA DESTILADA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº
ATROPINA	CATETER DE OXIGÊNIO
BEXTRA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº16
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº17
DIPIRONA SÓDICA	CATETER EPIDURAL Nº18
EFEDRINA	CERA PARA OSO
FUROSEMIDA	COLET. URINA FECHADO
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS
GLUCONATO DE CÁLCIO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS
HIDROCORTISONA	DRENO DE PENROSE
LIDOCAÍNA GELÉIA	DRENO DE SUÇÃO
ONDASENTRONA	ELETRODOS
PLASIL	EQUIPO MACROGOTAS
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI
TENOXICAN	ESPARADRAPO
	GAZES
	GAZES ALGODOADAS
	GEL ELETROLÍTICO
	JELCO Nº14
	JELCO Nº16
	JELCO Nº18
	JELCO Nº20
	JELCO Nº22
	JELCO Nº24
	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº
	LÂMINA BISTURI Nº11
	LÂMINA BISTURI Nº13
	LÂMINA BISTURI Nº23
	LÂMINA BISTURI Nº24
	LÂMINA DE DERMATOMO
	LÂMINA DE ENXERTO
	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.
	LUVA ESTÉRIL Nº7,0
	LUVA ESTÉRIL Nº7,5
	LUVA ESTÉRIL Nº8,0
	LUVA ESTÉRIL Nº9,5
	MÁSCARA CIRÚRGICA
	MULTIVIAS
	PERFURADOR DE SORO
	SCALP Nº19
	SCALP Nº21
	SERINGA 3ML
	SERINGA 5ML
	SERINGA 10ML
	SERINGA 20ML
	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8
	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
	SONDA FOLEY 2VIAS Nº16
	SONDA FOLEY 2VIAS Nº18
	SONDA NASOG. CURVA
	SONDA NASOG. LON.
	SONDA URETRAL Nº
	TORNEIRINHA
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
	TUBO SILICONE (LATEX)
	PARAFUSOS CORTICAIS
	PARAFUSOS CORTICAIS
	PARAFUSOS ESPONJOSOS
	PARAFUSOS ESPONJOSOS
	PARAFUSOS MALEOLAR
	PARAFUSOS MALEOLAR
	PLACA
	PLACA
	EQUIPAMENTOS
	() ASPIRADOR
	() BISTURI ELÉTRICO
	() CAPNÓGRAFO
	() CARDIOMONITOR
	() DESFIBRILADOR
	() FOCO AUXILIAR
	() FOCO CENTRAL
	() MICROSCOPIO
	() OXÍMETRO DE PULSO
	() P.A. INVASIVA
	() PERFURADOR ELÉTRICO
	() SERRA
	CIRCULANTE

Maria José dos Santos
34440

FINGO ASCIR (21-2)





FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Eric D. S. Silva DATA: 03/04/12 PRONTUÁRIO:

SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL 100/60 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36.5 PESO 40 GRUPO SANGÜÍNEO O+

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

EXAMES COMPLEMENTARES OK

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL OK DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de fêmur @ + úlcera @

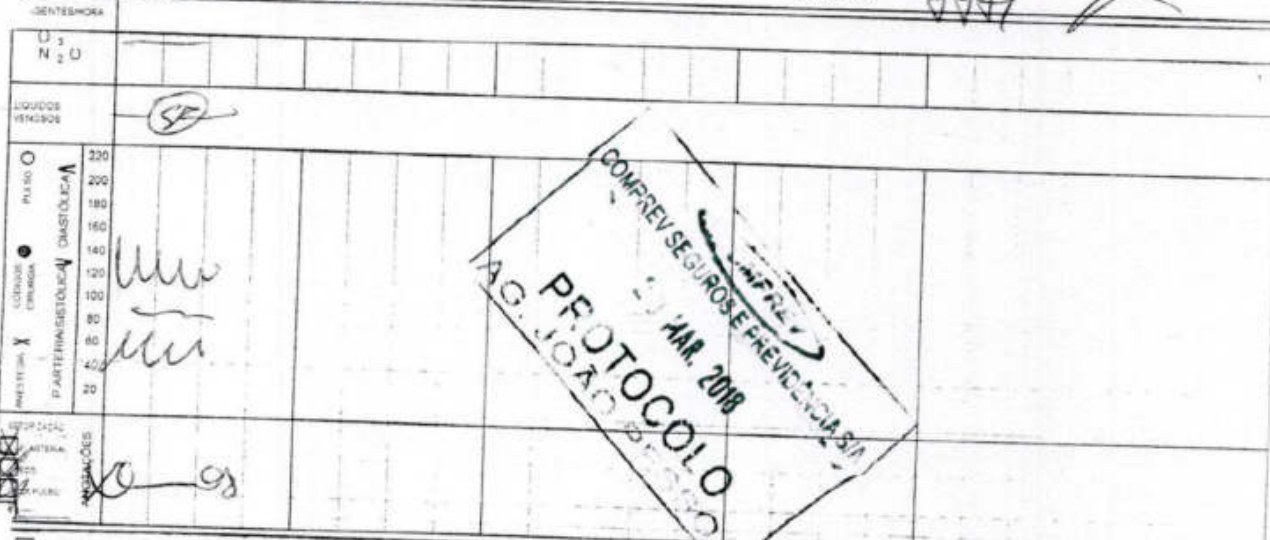
CIRURGIA REALIZADA Tração + redução

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. André CPF CRM-PB 7779



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO NERVOSO ☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

Quantidade	Medicamento/Material	Observações
1	<u> </u>	<u> </u>
2	<u> </u>	<u> </u>
3	<u> </u>	<u> </u>
4	<u> </u>	<u> </u>
5	<u> </u>	<u> </u>
6	<u> </u>	<u> </u>
7	<u> </u>	<u> </u>
8	<u> </u>	<u> </u>
9	<u> </u>	<u> </u>
10	<u> </u>	<u> </u>
11	<u> </u>	<u> </u>
12	<u> </u>	<u> </u>
13	<u> </u>	<u> </u>
14	<u> </u>	<u> </u>
15	<u> </u>	<u> </u>
16	<u> </u>	<u> </u>
17	<u> </u>	<u> </u>
18	<u> </u>	<u> </u>
19	<u> </u>	<u> </u>
20	<u> </u>	<u> </u>

Observações importantes:

Assinatura do Anestesiologista:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo: DDDH de Nodogio- ① Anestesia, antiespasmódica, CCE</p>
<p>Incisão: ②</p>
<p>Ações:</p>
<p>Conduta: ④ Targão transesquelética Transiti- dual D, com Fio de Stelmom- 3,5 ⑤ Mobilização de Ombro D para redução funcional Ex de ombro máximo D, quisto por radiocapla</p>
<p>Fechamento:</p>
<p>Observação:</p>

COMPREI SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 AC. JORÃO B. LIMA
 MAR. 2018
 PROTOCOLO

Dr. Victor Linhares
 RN
 11.694-PB

João Pessoa, 03.11.17

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:

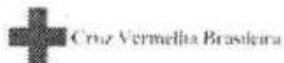
Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

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 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	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
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário 105205
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:25:25		
Idade	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSEDIMENTAÇÃO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMÁRIO DE URINA

Conduta

Em observação

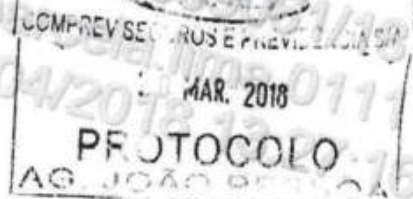
Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7654
TEOT 45555

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 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
Mão ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário
Bairro CENTRO			UF PB
Município ARARUNA			Nº Cons. Regional 4757/PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES	
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28	
Convênio NUS	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 CRÂNIO, 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)

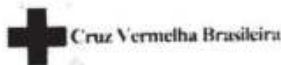
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

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





Hospital Estadual de 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
Mãe ATAMIRIS 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 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 UNIS	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 COLUMNA

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?

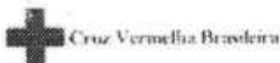
Conduta

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



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
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Nº Cons. Regional 7967/PB
Convênio IS	Nº Matrícula		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37
			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 UMEROS PROXIMAL

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

Conduta

Em observação

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(7967/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
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 Matricula	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.

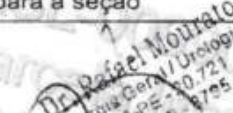
D - ECG = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em fêmur e

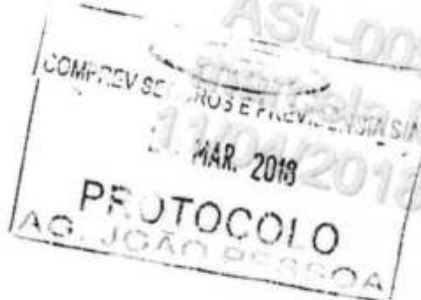
Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subsequentemente da Pediatria.

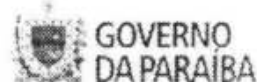
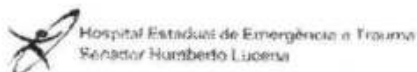
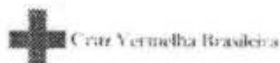
Conduta

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

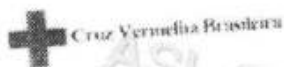
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ERIC DANIEL SANTOS SILVA	1039023	03/11/2017 17:05:35	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
16/07/2005		704100248864080	105205
Tempo de Internação	Sexo		Plantão
	Masculino		DIURNO
	Convênio		
	SUS		

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

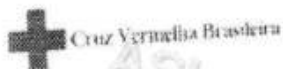
[Handwritten signature]

COMPROVANTE

MAR. 2018

PROTOCOLO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

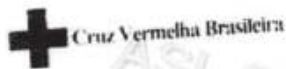
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

Indicação: OBS PEDIATRIA Leito: 8006
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Paciente	ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Bolefim 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 (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

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

Número Conselho: 7296

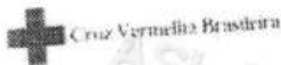
ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:27:16

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	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





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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

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 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 - 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

102 Placa gcp longa de do F. +
Ranx. Rot. n°: 30 M, 32 T, 34 I, 38 I, 42 T e 44 I
Fio de Kirschner n° 2, 5 T (Guia)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

(CNS) (CPF)

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)

(CNS) (CPF)





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: 101111

Idade: 11/04/2018 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: 10/11/18 Data: 10/11/18

Clinica/Setor: 11/04/2018 EMP: 11/04/2018 LR: 11/04/2018

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur de Fêmur

Cirurgião: Dr. Pedro 1º Assistente: Dr. Rodrigo

2º Assistente: Dr. 11/04/2018 3º Assistente: 11/04/2018

Instrumentador: 11/04/2018 Anestesista: 11/04/2018

Tipo de Anestesia: 11/04/2018 Horário: Início 11/04/2018 : 11/04/2018 Término 11/04/2018 : 11/04/2018

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

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

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: 11/04/2018

Biopsia de Congelamento: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Dr. Pedro Romário

João Pessoa, 10/11/18

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Eric Daniel Santos Silva

IDADE: 12 - SEXO: M CASADO: SIM ENFERMIA: UNED LITD

CIRURGIÃO: Dr. Rômulo - Frac. Rômulo Frazão

CIRURGIÃO: Dr. Rômulo - + Rômulo Frazão + Rômulo Frazão

ANESTESISTA: Adriano Alves

INSTRUMENTADOR: Christian

DATA: 16/11/2018 CIRURGIA O.: ANESTESIA INICI: 13:40 CIRURGIA INICIA: 16:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I (ASA 1) (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO (PUMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1 SF 500ml	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	SRL II	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2,00
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA DISTÚRI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	2,00
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMA TOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE EXERTIQ		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13x4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,8	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO *	AGULHA 25x07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLACTONA Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40x12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDIACA	
NMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIO	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOLFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	2,60
RUCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	1
SEVOFLURANO	ATAJURA ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATAJURA DE CRUPOM	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
TIDIPENTAL	ATAJURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº		KIT. FAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	4,5 CM
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS MONOLAR	4,5 CM
EFDERINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	4,5 CM
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	300	PARAFUSOS MARGINAIS	4,5 CM
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS MONOLAR	4,5 CM
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PLACA	4,5 CM
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	4,5 CM
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		EQUIPAMENTOS	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGGOTAS		() ASPIRADOR	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() DISTÚRI ELÉTRICO	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGGOTAS		() CAPNÓGRAFO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		() CARDIOMONITOR	
TENOXCAN		ESPARADRAPO		() DESPRELIZADOR	
		GAZES		() FOCO AUXILIAR	
		GAZES ALGODADAS		() FOCO CENTRAL	
		GEL ELETROLÍTICO		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº18		() OXIMETRO DE PULSO	
		JELCO Nº16		() PA INVASIVIDADE INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE L. Rô	

PROTOCOLO

Assinatura: [assinatura]

Data: 16/11/2018

Local: [local]





HOSPITAL
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

HISTÓRIA

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

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

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 48 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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 Quietude DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO: PCT ANESTÉSICO: A/S

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura Diáfisea Femur Dir.

CIRURGIA REALIZADA: Fixação Cirúrgica Frac. Femur Dir.

CIRURGIÃO: Perreira AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 13:40 TÉRMINO DA ANESTESIA 16:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: Adriana Lobão de Azevedo CRM-PB 4572

ASG OFA 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40

LIQ. VEN. 13:40 14:40 15:40





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em D.O.H. sob anestesia - 1548 cm + 154 cm - Afecção de ambas as mãos
Incisão: - Incisão longitudinal lateral no coto ②
Achados: - Fratura zigoma do lado ②
Conduta: - Anestesia + Hemostase anterior - Suprimento do coto do 1º e 2º dentes - Redução da fratura com fios de - redução - Fixação do coto do 4.º de 10 pontos - Uso de 10 pontos de sutura - Lavagem do coto de c. comerev - Lavagem do coto de c. comerev
Fechamento: - Fechamento com pontos - Sutura com fio - Fio em controle
Observação:

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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		2 - CNES	
HEETSHL			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Eric Daniel Santos Silva		1039023	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		30 - QTD.	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTD.		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
		01 fio de Kirschman no 3,5	
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Victor Linhares			
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
CRM 84-RN CMI 10894-PB			
AUTORIZAÇÃO			
45 - CDD. 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 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fr. Diáfise de Fêmur D	
- Fr. Ímua proximal	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Targão Transiluminado Técnica D	
② Reduz. imediata de Fr. Ímua 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: _____
Clínica: _____

João Pessoa, 03/11/17



Nota de Sala Cirúrgica

103 9023

NOME DO PACIENTE		Eric Daniel Santos Silva	
IDADE	12	BE	1029023
CIRURGIÃO	Arac	PAUX	George
ANESTESIA	geral	PAUX	
ANESTESISTA	Dr Andre		
INSTRUMENTADOR			
DATA	03/11/17	TEMPO CIRÚRGICO	ANESTESIA INÍCIO 22:00
		CIRURGIA INÍCIO	FIM 22:40
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS			
ALFENTANILA	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
CETAMINA		JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA		ALCOOL ETILICO 70%	FIO DE NYLON Nº
FLUMAZENIL		PVPI DEGERMANTE	FIO POLILACTINA Nº
ISOFLURANO		PVPI TINTURA	FIO POLILACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		PVPI TÓPICO	FIO POLILACTINA Nº
LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAIS	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO		QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº
MIDAZOLAN		AGULHA 13X4,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MORFINA		AGULHA 25X07	FIO SEDA Nº
NMBRIUM		AGULHA 25X08	FITA CARDÍACA
PANCURÔNIO		AGULHA 40X12	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº16	QTD.
PROPORFOL		AGULHA PERIDURAL Nº17	CATETER DE PIC
RAMIFENTANILA		AGULHA PERIDURAL Nº18	CIMENTO CIRÚRGICO
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº250	CLIP TITÂNIO LIGADURA
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUÍ Nº280	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº270	FIO DE KIRSCHNER Nº35
TIOPENTAL		ALGODÃO ORTÓPÉDICO	FIO STEINMAN Nº
		ATADURA DE CREPOM	FIO STEINMAN Nº
		ATADURA GESSADA	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	KIT. PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CEFALOXINA		CATETER EPIDURAL Nº17	EMPRESA
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	PARAFUSOS CORTICAIS
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSO	PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	PARAFUSOS ESPONJOSO
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS MALEOLAR
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	PLACA
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	PLACA
ONDAS ENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	EQUIPAMENTOS
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	() ASPIRADOR
PROSTROMINE		EQUIPO MICROGOTAS	() BISTURI ELÉTRICO
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	() CAPNOGRATO
TENOXICAN		ESPARADRAPO	() CARDIOMONITOR
		GAZES	() DESFIBRILADOR
		GAZES ALGODOADAS	() FOCO AUXILIAR
		GEL ELETROLÍTICO	() FOCO CENTRAL
		JELCO Nº4	() MICROSCÓPIO
		JELCO Nº16	() OXÍMETRO DE PULSO
			() P.A. INVASIVA
			() PERFORADOR ELÉTRICO
			() SERRA
			CIRCULANTE

Moana Job Pereira -
34440,

FIMOS ASCB 021-2





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDOH do lado direito -
① Anestesia, antiespasmódica, CC E

Incisão:

②

Acadados:

Conduta:

④ Tensão transoperatória Transi-
cional, com Fio de Steinmann -
3,5

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

Fechamento:

Observação:

Victor Linhares
RN
11/04/2018 13:27:16

João Pessoa, 03.11.17

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:36:55

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 :

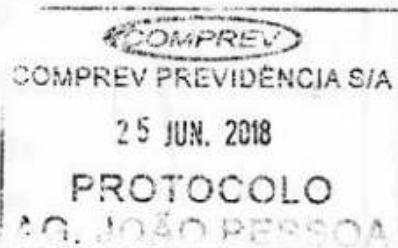
DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EXPEDICÃO 14/09/06 REGISTRO GERAL 3489124 NOME ERIC DANIEL SANTOS SILVA Erielson Bernardino da Silva Atamires Kely Garcia dos Santos Guarabira-PB. DATA DE NASCIMENTO 10-07-2005. Cert. Nasc. Nº 27.047;rls.41-V'liv.A28 Cart. de Araruna-PB. ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 148 DE 29/08/83	
DI. P62  UM ANO E DOIS MESES DE IDADE ASSINATURA DO TITULAR		CATEGORIA CPF João Pessoa - PB	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
LABORATÓRIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631810501

NOME
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE
2834303 SSP PB

CPF
050.424.914-22 DATA NASCIMENTO
12/09/1984

PLACAO
LUIZ ANTONIO COSTA
MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO
ACC CAT. NA
B

Nº 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

PARAÍBA



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

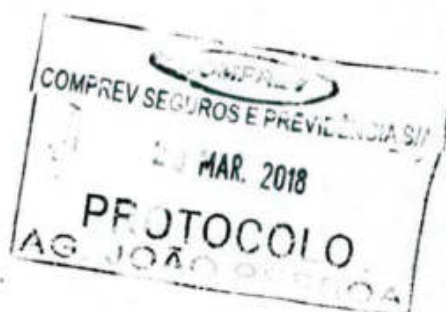
CARTEIRA DE IDENTIDADE

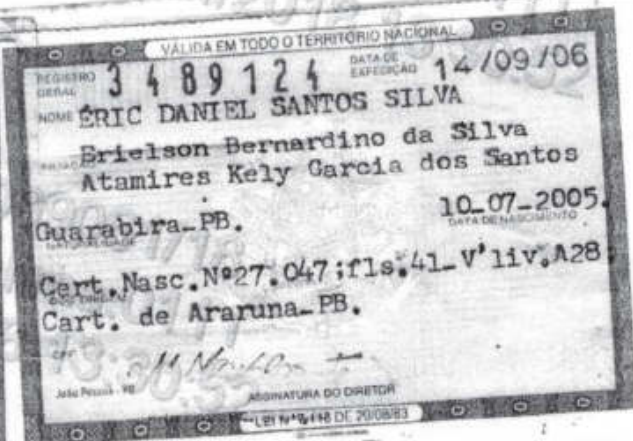
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

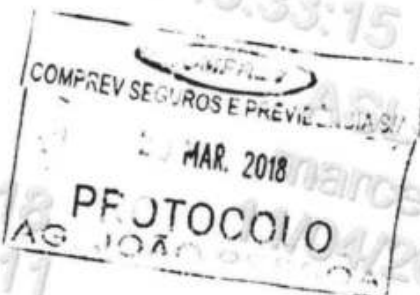
REGISTRO CERAL 3.141.013 2ª VIDA DE 18-03-2008
NOME ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA
FILIAÇÃO José Ronaldo Silva de Macêdo
Ires do Céu Garcia dos Santos
Araruna-PB. 10-05-1988
Cert. Cas. N° 305 fls. 107; liv. B. Aux. 2
Cart. de Araruna-PB.
CPF
Ass. Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de 02/05/80
061.329.594-32
ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA
01/05/1988







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR UF: 2634303 SSP PB

CPF: 050.424.914-22 DATA NASCIMENTO: 12/09/1984

PRACAO: LUIZ ANTONIO COSTA

MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO: ACB CATEGORIA: B

Nº REGISTRO: 02684577050 VALIDEZ: 05/01/2023 1ª HABILITAÇÃO: 06/01/2003

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: JOAO FESSOA, PB DATA EMISSÃO: 08/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: 71539210462 98036039055

PARAIBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR 1631810501

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

MAR 2018

PROTOCOLO

AG 108



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 012153181161

21598101041

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 0036621491-8 00/00000000

0036621491-8 00/00000000

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

04462039475 0007201/PB

JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS

NOVO PB 9C2JC4820BR007589

PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES 2011 2011

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : JC48E2B007589 0

ARARUNA - PB 14311 10/08/2015

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
04462039475

PLACA
MOO7201/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB 9C2JC4820BR007589

ESPECÍFICO
PAS/MOTONETA/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB
2011

ANO MOG
2011

CAP/POT/CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 19/01/2015

VENC. COTA ÚNICA
1º

FAIXA IPVA
***** 0

PARCELAMENTO/COTAS
2º

3º

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ARARUNA - PB LOCAL
14311

DATA
10/08/2015

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO, 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
2015

DATA EMISSÃO
10/08/2015

VIA - OFF/CNPJ
1 04462039475

PLACA
MOO7201/PB

RENAVAM
00366214918

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB
2011

CIL
9

Nº CHASSI
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 ÚNICA ☐ PARCELADO 19/01/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0843250-20150810

MAI-2015

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



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	
PRD 20152500003023-7	
RA 1	0035621491-8
00/00000000	
NOME / ENDEREÇO	
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA	
RUA SÃO MATEUS SN CASA	
CENTRO	
58233000 ARARUNA - PB	
ORIGEM	PLACA
04462039475	MO07201/PB
NOME ANTERIOR	
JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS	
PLACA ANTIGA	CHASSI
NOVO PR	9C2JC4820BR007589
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC	ALCO/GASOL
MARCA/MODELO	ANO FAB ANO MOD
HONDA/BIZ 125 ES	2011 2011
CAP/ROT/CIL	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC PRETA
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
N. Motor : JC48E2B007589	
ARARUNA - PB	DATA
14311	10/08/2015
31054	

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 COD RENAVAM RNT 20152500003023-2 EXERCÍCIO
1 0036621491-8 00/00000000 2015

NOME
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA

CPF/CNPJ
04462039475

PLACA
MOO7201/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB 9C2JC4820BR007589

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO TAB ANO MOG
HONDA/BIZ 125 ES 2011 2011

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

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA 1º VENC/COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 19/01/2015 1º 19/01/2015

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ARARUNA - PB LOCAL DATA
14311 10/08/2015

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

CPF / CNPJ PLACA
1 04462039475 MOO7201/PB

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 10/08/2015

RENAVAM MARCA / MODELO
00366214918 HONDA/BIZ 125 ES

ANO TAB ANO MOG
2011 9 9C2JC4820BR007589

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) DONATÁRIO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

GRUPO DO BENEFICIÁRIO (R\$) IOP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE CUSTACÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 19/01/2015


SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.696/0001-08
www.seguradoralider.com.br

31054-0843250-20150810

MM-2015

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 KELLY 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:

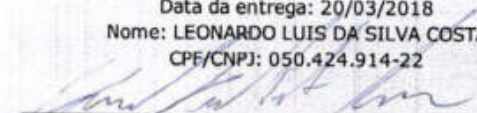
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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 KELLY 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

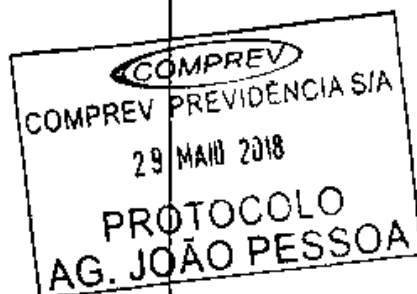
MARCELA DO CARMO DE LIMA



Em nome de quem da Silva Costa, na condição de
Procurador de Procurador do Sr. Eric Daniel
Santos Silva, Simistro: 3180164688, solicito uma
nova Perícia médica. Visto que, por motivo de
falta maior o mesmo não pôde comparecer!

João Pessoa, 23 de Maio de 2018.

[Assinatura manuscrita]



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 Umero 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 Umero 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 MÉDICA. SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBÉM HIPOTROFIA DE QUADRÍCEPS 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:



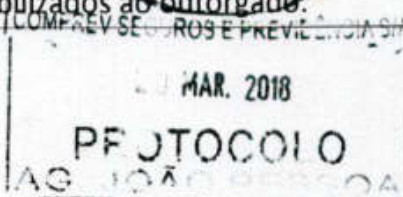
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ATAMINES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA,
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
ABRIGUADORA, CI RG nº 3141013,
CPF/MF nº 06172853432, 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 pericias 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.~~



João Pessoa, 15 de Março de 2018.

Atamines Kelly Santos Macedo Silva



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA,
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
ABOLUTORA, CI RG nº 3141013,
CPF/MF nº 06132853432, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA, S/N,
Cidade de PARAIBA, Estado
PARAIBA, CEP: 83887-120, telefone
8388661883.

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.

MAR, 2018

PROTOCOLO

AG 108 04

João Pessoa, 15 de Março de 2018.

Atamires Kelly Santos Macedo Silva



CARTÓRIO CEILEIDA
S.P. SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DA CAPITAL
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE a firma de ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA, [1080931], J. Pessoa-PB, 15/03/2018.
16:27:28 Emol R\$9,48 Faspensado: 28 Feb 16:51, 90.
19:540, 47. En test da verdade. Tabelião CEILEIDA COSMO
[1080931] Silva, [1080931] Silva, [1080931] Silva. Consulte em
[1080931] Silva, [1080931] Silva, [1080931] 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

00020195



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

00020195



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

00020196



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

00020196



Rio de Janeiro, 19 de Abril 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: 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

Carta nº 12679582

Pag. 00103/00104 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril 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: 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

Carta nº 12679582

Pag. 00103/00104 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180164698**

Vítima: **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

Carta nº 12679617

Pag. 00105/00106 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180164698**

Vítima: **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

Carta nº 12679617

Pag. 00105/00106 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril 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: 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: INTERRUPÇÃO 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

00020626



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: INTERRUPÇÃO 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 13158403



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 UMEROS PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEROS 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 MÉDICA.

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

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (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

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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. Flávio Eduardo Paro Haddad
MÉDICO
CRM: 52.57595-7/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 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 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. Nexa 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 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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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: 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 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 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. Nexa 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 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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



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



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 <u>ATA MINES KELLY SANTOS MACEDO SILVA</u>		CPF titular da conta <u>06132958432</u>	Profissão <u>ABOLICIONISTA</u>
Endereço <u>RUA MANOEL MANTOVANI TEIXEIRA</u>		Número <u>512</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>ATAÍRA</u>	Estado <u>PARANÁ</u>	CEP <u>58233-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>83 38661863</u>	

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)			
AGÊNCIA Nº <u>0038</u>	DIV	CONTA Nº <u>00017136</u>	DIV <u>7</u>
(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	CPF titular da conta	Proteção
ATAMIRIS KELLY SANTOS MACEDO SILVA	06132958432	26/01/2018
Endereço	Número	Complemento
Rua Manoel Martins Teixeira	1329	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PAVUNA	58233-000
Email		Telefone (DDD)
		83 986615863

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

☒ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

0038

00017136

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Nº

DIV

(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.

15 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





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